

FEDERALISMO FISCAL; SAÚDE PÚBLICA: ANÁLISE APLICADA AO FINANCIAMENTO PÚBLICO E A ESCASSEZ DE RECURSOS PARA AÇÕES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS NA COSTA DO DESCOBRIMENTO

FISCAL FEDERALISM; PUBLIC HEALTH: AN ANALYSIS APPLIED TO PUBLIC FINANCING AND THE SCARCITY OF RESOURCES FOR HEALTH ACTIONS BY MUNICIPALITIES ON THE COSTA DO DESCOBRIMENTO

André Portella

Pós-Doutor em Sociologia, Filosofia e Ciência Política pela Université de Nanterre, Paris X. Doutor em Direito Financeiro e Tributário pela Universidad Complutense de Madrid. Pesquisador do CNPq. Professor da UFBA, UCSal e UNIFACS. Coordenador do NEF – Tributação e Finanças Públicas. Advogado (aaportella@pq.cnpq.br). *E-mail:* aaportella@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0196-9633>.

Hebert Souza Santos

Bacharel Interdisciplinar em Humanidade – UFBA. Graduado em Direito – UFBA. Pós-Graduando em Direitos, Desigualdades e Governança Climática (DDGC – UFBA). Membro do NEF – Tributação e Finanças Públicas. *E-mail:* hebertt.santos@outlook.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0473-8793>.

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo analisar as fragilidades do financiamento público brasileiro decorrentes do modelo de distribuição de competências administrativas e financeiras estabelecidas na Constituição Federal de 1988 (CF/88) e, bem como, seu impacto sobre a efetividade de direitos fundamentais vinculados à promoção da dignidade humana. De forma mais precisa, trata-se de examinar se a atual política de regionalização de ações de saúde, no âmbito do atendimento básico e considerando a realidade orçamentária dos municípios, impacta no atendimento das demandas de saúde pública locais. A análise será aplicada à realidade dos municípios que constituem o território de identidade da Costa do Descobrimento, no Estado da Bahia, com base em dados públicos referentes aos orçamentos municipais e aos indicadores de saúde de cada municipalidade. Para fins de prospecção metodológica, busca-se responder à seguinte pergunta: o cumprimento percentual (por força de lei) e, de igual forma, a inobservância ou a não progressividade do mínimo constitucional no financiamento à saúde, dentro do contexto das obrigações e disposições orçamentárias municipais, suscitariam (quais) efeitos consequenciais na garantia de acesso a este direito fundamental? A partir da premissa

da geografização da cidadania, de Milton Santos (1987), a qual aponta a impossibilidade de dissociar a cidadania concreta do componente territorial, firmou-se a hipótese, a saber, de que o desequilíbrio entre atribuições administrativas e fontes de financiamento dos municípios inviabiliza a efetividade dos direitos fundamentais de uma forma geral, e das ações de saúde pública, de forma específica, insere na tessitura de uma instrumentação territorial cidadã. A metodologia contou com duas fases. A primeira de caráter exploratório, com revisão bibliográfica, sobre os conceitos de federalismo de cooperação; financiamento público municipal; território de identidade; dignidade da pessoa humana; e ações de saúde. A segunda, de caráter analítico-crítico dos dados orçamentários e indicadores de saúde das municipalidades estudadas por meio de 4 (quatro) critérios cumulativos, sendo eles: (i) a aplicação do mínimo constitucional no financiamento em ações e serviços de saúde (ASPS); (ii) a progressividade e/ou a não progressividade deste percentual municipal; (iii) da análise dos resultados (i) e (ii), buscam-se identificar os efeitos consequenciais no financiamento à saúde por meio dos indicadores regionais e municipais de saúde (E-gestor, entre outros); e (iv) a análise de outras despesas constitucionais (educação) e legais (despesas com pessoal) das municipalidades ante o financiamento à saúde. Além disso, o trabalho baseou-se nas obras de Milton Santos (1987) e Jairnilson Paim (2015), bem como em dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Economia Aplicada (Ipea), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (Datusus), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais do Estado da Bahia (SEI).

Palavras-chave: Dignidade da pessoa humana. Financiamento público. Federalismo fiscal. Município. Atenção Básica na Saúde.

Abstract: This paper aims to analyze the weaknesses of Brazilian public financing resulting from the distribution model of administrative and financial competences established in the Federal Constitution of 1988 (CF/88), and its impact on the effectiveness of fundamental rights linked to the promotion of human dignity. More precisely, it is a matter of verifying whether the current policy of regionalization of health actions, within the scope of basic care and considering the budgetary reality of the municipalities, impacts on meeting local public health demands. The analysis will be applied to the reality of the municipalities that constitute the identity territory of the Costa do Descobrimento, in the State of Bahia, based on public data referring to the municipal budgets and health indicators of each municipality. The concepts of cooperation federalism will be addressed; municipal public financing; identity territory; dignity of human person; and health actions. The work was based on the works of Milton Santos (1987) and Jairnilson Paim (2015), as well as data published by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), Institute of Applied Economics Research (IPEA), IT department of the System Unified Health System of Brazil (DATASUS), National Council of Municipal Health Secretariats (CONASEMS) and Superintendence of Economic and Social Studies of the State of Bahia (SEI).

Keywords: Dignity of the human person. Public financing. Fiscal federalism. County. Primary Health Care.

Summary: 1 Introduction – 2 Administrative decentralization and municipal autonomy, with special reference to the health sector – 3 Analysis of health financing based on budget data and health indicators for municipalities in the Costa do Descobrimento region – 4 Conclusion – References

Sumário: 1 Introdução – 2 Descentralização administrativa e autonomia municipal, com especial referência à área da saúde – 3 Análise do financiamento da saúde a partir dos dados orçamentários e indicadores de saúde dos municípios da região da Costa do Descobrimento – 4 Conclusão – Referências

1 Introdução

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) constitui um marco histórico tanto no que se refere ao reconhecimento de direitos e garantias fundamentais, como

no tocante ao estabelecimento de uma organização política-administrativa simétrica, constituída por entes dotados de autonomia. Trata-se de uma organização política-administrativa que, do ponto de vista conceitual, enquadra-se na categoria de federalismo de cooperação, caracterizada pela distribuição de competências entre unidades federativas não hierarquizadas e que devem conjugar esforços na implementação das distintas políticas públicas. Assim, União, estados, Distrito Federal (DF) e municípios são concebidos como entes dotados de autonomia política, administrativa e financeira.

A previsão constitucional de um sistema federativo não é exclusividade do texto de 1988. A organização do Estado brasileiro em moldes federativos consta já da Constituição de 1891, e desde então sempre esteve presente nas Constituições seguintes, ainda que os contornos tenham sofrido alterações ao longo do tempo, num movimento de avanços e retrocessos no que se refere à autonomia política, administrativa e financeira. Cabe, entretanto, ao texto da CF/88 o caráter de maior descentralização e autonomia, no que se refere ao tratamento conferido ao ente municipal como unidade federativa. Em termos comparativos, os modelos anteriores abriam maior margem a interferências políticas autoritárias e ao exercício de um maior centralismo administrativo e financeiro.

A proposta deste trabalho é analisar de forma crítica o impacto desta organização política administrativa sobre o financiamento público das ações de saúde, no plano municipal. Decorrendo, neste sentido, para formulação da hipótese, a adoção da premissa da *geografização da cidadania*, conceituada por Milton Santos (1987), a qual aponta a impossibilidade de dissociar a cidadania concreta do componente territorial. Tendo em vista que “a igualdade dos cidadãos supõe, para todos, uma acessibilidade semelhante aos bens e serviços (no e independentemente do território que estejam), sem os quais a vida não será vivida com aquele mínimo de dignidade que se impõe” (SANTOS, 1998, p. 116).

Acompanhando essa linha de raciocínio, observa-se que, por outro lado, a alocação de recursos e a autonomia dos gastos públicos, no plano municipal, deverá ser estabelecida segundo regras flexíveis, capazes de contemplar as mais diversas escalas geográficas da administração, com caráter redistributivista, permitindo “[...] uma autêntica instrumentação do território que a todos atribua, como direito indiscutível, todas aquelas prestações sociais indispensáveis a uma vida decente e [...] [que] constituem um dever impostergável da sociedade como um todo e, neste caso, do Estado” (SANTOS, 1998, p. 113). A partir desta premissa, entendeu-se, como hipótese da pesquisa, que o profundo desequilíbrio entre atribuições administrativas e fontes de financiamento dos municípios inviabiliza a efetividade dos direitos fundamentais de uma forma geral, e das ações de saúde pública, de forma específica, obstando, assim, a insurgência de uma instrumentação territorial cidadã.

No que se refere especificamente ao financiamento da saúde, haveria um descompasso entre os valores destinados ao financiamento público da saúde no plano municipal – mesmo naqueles casos em que o percentual mínimo estabelecido em lei seja regularmente observado pelo gestor –, e as demandas sociais que são efetivamente geradas na área, com vistas à promoção da dignidade humana. Compreendendo que, no caso, o direito fundamental à saúde significa, conforme firmado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986),¹ cujo presidente foi Sergio Arouca,² a garantia, pelo Estado, de acesso à cidadania e, por conseguinte, de cumprimento da dignidade da pessoa humana;³ importando perguntar, portanto: o cumprimento percentual (por força de lei) e, de igual forma, a inobservância ou a não progressividade do mínimo constitucional no financiamento à saúde, no contexto das obrigações e disposições orçamentárias das municipalidades examinadas, suscitariam quais efeitos consequenciais na garantia de acesso a este direito fundamental?

A pesquisa adota, além disso, vertente jurídico-sociológica e exploratória, com vistas a compreender o impacto de um fenômeno jurídico – organização político-administrativa do Estado – sobre um problema de natureza social – realidade em que se encontram as prestações de saúde no país –, de forma aplicada aos municípios do Território de Identidade da Costa do Descobrimento da Bahia, como local de análise, no período de 2009 a 2018.

No tocante à qualidade das prestações de saúde, serão considerados indicadores do nível da Atenção Básica. Tal escolha se justifica, primeiro, por razões metodológicas, na medida em que permite um maior grau de precisão com relação ao objeto. Em segundo lugar, também encontra justificativa no que se refere ao impacto social e ao caráter democrático do atendimento básico, na medida em que é voltado à totalidade dos indivíduos, em especial àqueles que constituem os estratos mais pobres da população brasileira, e onde se concentra o maior contingente

¹ A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília/DF, em 1986 (BRASIL, 1987), é tratada como o momento mais significativo na construção de plataformas e estratégias do movimento pela democratização da saúde, que resultou na aprovação e criação de um sistema único de saúde, apesar dos boicotes dos setores privados, que constituiria um novo arcabouço constitucional e um dever do Estado a todos os seus cidadãos, a garantia social à saúde (art. 196) (SCOREL *et al.*, 2005; RODRIGUEZ NETO, 2019).

² O médico sanitário Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do movimento sanitário em prol da democratização da saúde. De acordo com Arouca, a saúde não resultaria da ausência de doença, tampouco seria uma abstração do direito, devendo, porém, ser compreendida como um bem-estar físico, social e afetivo, e ainda, como ausência do medo decorrente das violências e incertezas de cunho social, ambiental e político (CONASEMS, 2015).

³ Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade – item 3 do Tema 1: Saúde como Direito, Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) (BRASIL, 1987).

de cidadãos. Em terceiro lugar, a Atenção Básica é constituída por ações que têm baixo custo *per capita* em relação à média e alta complexidades, e devem estar presentes em quaisquer municípios, inclusive naqueles localizados em zona rural.

Foram dois os momentos metodológicos. Primeiro, procedeu-se à revisão bibliográfica, em caráter exploratório, sobre conceitos fundamentais para o trabalho, quais sejam, os de federalismo fiscal, dignidade de pessoa humana, território de identidade, Sistema Único de Saúde (SUS), financiamento público municipal de uma forma geral e nas ações de saúde em particular. Foi especialmente importante nesta fase, sobretudo para construção do caráter crítico da análise, o estudo das obras de Milton Santos (1987) e Jairnilson Paim (2015).

No segundo momento, procedeu-se à análise de dados empíricos orçamentários e de indicadores de saúde referentes à região da Costa do Descobrimento. Neste ponto, a presente análise considerou 4 (quatro) critérios cumulativos para fins de aprofundamento e prospecção metodológica, sendo eles: (i) a aplicação do mínimo constitucional no financiamento em ações e serviços de saúde (ASPS); (ii) a progressividade e/ou a não progressividade deste percentual municipal; (iii) da análise dos resultados (i) e (ii), buscam-se identificar os efeitos consequenciais no financiamento à saúde por meio dos indicadores regionais e municipais de saúde (E-gestor, entre outros); e (iv) a análise de outras despesas constitucionais (educação) e legais (despesas com pessoal) das municipalidades ante o financiamento à saúde. Para o cumprir deste escopo, foram consultados estudos publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo Instituto de Pesquisa Economia Aplicada (Ipea), pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (Datusus), pelo Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (Conasems), e pela Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), assim como as leis orçamentárias anuais (LOA) e relatórios dos tribunais de contas municipais (TCM).

A pesquisa deparou-se com algumas dificuldades no levantamento de dados relativos às ações de saúde no período de 2016-2018; indisponibilidade ou inviabilidade de acesso às LOA de alguns municípios no período de 2015-2018; e dificuldade para obtenção de dados acerca da prestação de contas que delimitassem os investimentos nas ações de saúde e o cumprimento no mínimo constitucional. Para abranger dados apontados, recorreu-se aos demonstrativos e relatórios do Siops e do TCM, no que concerne às questões orçamentárias, e Datusus e E-gestor para os indicadores de saúde.

O estudo encontra-se disposto em dois tópicos gerais de desenvolvimento, além de Introdução e Conclusão. O tópico 2 trata do financiamento público brasileiro, com especial atenção ao plano municipal, o que se faz tanto em termos conceituais, com a abordagem de discussões sobre federalismo fiscal, cooperação

político-administrativa, divisão de atribuições, como em termos de análise empírica de arrecadação efetiva no território considerado.

O tópico 3 destina-se à análise sistematizada dos dados de financiamento da saúde e dos indicadores de Atenção Básica, de forma comparada e em perspectiva crítica, a fim de verificar se a atual estrutura de financiamento público vigente no país oferece bases a partir das quais seja possível atender de forma satisfatória às demandas de saúde pública.

2 Descentralização administrativa e autonomia municipal, com especial referência à área da saúde

O Estado brasileiro encontra-se estruturado, do ponto de vista político-administrativo, na forma de federação, em função da qual é estabelecida uma relação de simetria e coordenação, não hierarquizada, entre entes autônomos detentores de competências e aos quais são encarregadas atribuições. “Quando se fala em federalismo, em Direito Constitucional, quer se referir a uma forma de Estado [...] caracterizada pela união de coletividades públicas dotadas de autonomia político-constitucional, autonomia federativa” (SILVA, 2005, p. 99).

O modelo federativo de Estado é produto de um pacto entre seus membros constitutivos, de forma a assegurar a autonomia destes dentro das disposições e dos limites constitucionais (CUNHA JUNIOR; NOVELINO, 2016). Tal autonomia manifesta-se na capacidade de autodeterminação, exercida de duas formas fundamentais: (a) na constituição de órgãos governamentais próprios, que independem de órgãos federais quanto à forma de seleção e investidura; e (b) na titularidade de competências constitucionais exclusivas (SILVA, 2005, p. 102).

Autonomia das entidades federativas não se confunde com soberania. Esta se expressa enquanto poder de autodeterminação não submetido a qualquer restrição de atuação no território da entidade considerada. Já a autonomia consiste na atuação da entidade no âmbito de uma zona delimitada, “restringida por um conjunto de limitações e determinantes jurídicas” (CUNHA JUNIOR; NOVELINO, 2016, p. 245).

São três as características essenciais da organização federativa: “i) descentralização político-administrativa fixada pela Constituição; ii) participação das vontades parciais na vontade geral; e iii) auto-organização dos Estados-membros por meio de Constituições próprias” (CUNHA JUNIOR; NOVELINO, 2016, p. 245).

No Brasil, a previsão normativa do sistema federativo foi estabelecida na condição de cláusula pétrea, portanto inalterável, conforme esculpido já no art. 1º da CF/88, de forma que a organização do seu território se faz a partir da “união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal”. Trata-se de uma opção

de Estado, que para além da influência histórica do modelo norte-americano, dá-se por razões técnicas, decorrentes sobretudo, das demandas da gestão administrativas de todo um território com dimensões continentais (PORTELLA; TEIXEIRA, 2016, p. 632).

A adoção deste federalismo de cooperação, alinhado com os objetivos da República, de erradicação da pobreza e redução das desigualdades regionais (art. 3º, III, da CF), deu vazão a um modelo de financiamento pautado em dois grandes sistemas de fontes de receita. Por um lado, obtenção das chamadas receitas próprias ou diretas, assim entendidas aquelas que decorrem do exercício da competência para instituir tributos (competência tributária) a ser realizado por cada um dos entes federados. Por outro lado, obtenção de receitas impróprias ou indiretas, decorrentes das transferências financeiras recebidas de outros entes federados.

Embora o grau de descentralização das receitas seja uma variável importante à hora de verificar o nível de autonomia existente num sistema político-administrativo, é importante ficar atento para não reduzir tal autonomia somente ao parâmetro estritamente fiscal. A autonomia se observa, em realidade, na capacidade que cada ente tem de efetivar as políticas que façam parte do seu universo de atribuições (OLIVEIRA, 2018, p. 560).

Ocorre que, contudo, no caso brasileiro, a situação de desequilíbrio entre as muitas atribuições, por um lado, e a escassez de recursos financeiros por outro, é muito clara sobretudo no plano municipal. Do ponto de vista histórico, o movimento de descentralização realizado por meio da CF/88 concentrou-se no estabelecimento de atribuições, em detrimento de um mesmo movimento com relação às fontes de financiamento dos distintos entes. Se por um lado houve um movimento de “municipalização da receita” (AFONSO *et al.*, 2016, p. 6), resultando em aumento de arrecadação municipal; por outro lado, agravou-se o quadro de “desequilíbrio do financiamento, hierarquia política-administrativa e autonomia financeira, de forma a favorecer ainda mais a União em detrimento dos demais Entes” (PORTELLA; TEIXEIRA, 2016, p. 634).

2.1 Evolução histórica e análise-crítica da estrutura federativa do financiamento público brasileiro

A estrutura de financiamento público brasileiro encontra-se disposta na CF/88 em duas grandes partes: atribuição de competência tributária e repartição de receitas entre os entes políticos. No primeiro caso, procede-se à partilha do poder de instituir tributos entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios (RAMOS FILHO, 2014).

Embora se trate de um atributo fundamental à efetividade da autonomia de cada ente, a outorga de poder de instituir tributo não pode ser concebida de forma isolada. Reduzir o sistema de financiamento apenas à geração de receitas oriundas da competência tributária teria o efeito de aprofundar os fortes desequilíbrios econômicos regionais já existentes: “[...] ao Estado pobre, em cujo território não é produzida, nem circula, riqueza significativa, de nada valeriam todos os tributos do sistema. Por isso se faz necessária a distribuição de receitas tributárias” (MACHADO, 2007, p. 61) (cf. RAMOS FILHO, 2014, p. 213).

A técnica da repartição de receita, por outro lado, complementa a estrutura de financiamento, e opera no sentido de promover um maior equilíbrio entre os entes políticos, em termos de financiamento. Em lugar de proceder à divisão do poder de instituir impostos, realiza a divisão do produto da arrecadação, por meio das chamadas transferências financeiras.

A repartição de receitas pode ser de duas espécies: direta e indireta. No primeiro caso, o recurso arrecadado é repassado ao ente destinatário, sem qualquer tipo de intermediação. É o que ocorre com as transferências previstas na CF/88, arts. 157 e 158, em matéria de IR, IPI, ICMS ou IPVA, apenas para citar alguns casos. Já na transferência indireta, o repasse é realizado a determinado fundo, e posteriormente destinado ao ente beneficiário, segundo critérios previamente estabelecidos em lei (RAMOS FILHO, 2014, p. 215; COELHO, 1996). O FPM e o FPE (CF/88, art. 159) são exemplos desta modalidade de fonte de financiamento (RAMOS FILHO, 2014, p. 215).

Do ponto de vista histórico, o sistema de transferência direta da União aos municípios foi inaugurado pela CF/1946. Passou a não existir, neste caso, a intermediação dos estados, o que contribuiu para a efetividade da autonomia municipal (PORTELLA; TEIXEIRA, 2016, p. 643). A CF/1967, já após a EC nº 1/1969, foi marcada por um movimento de centralização administrativa e financeira no plano federal. Ocorre neste período a criação do FPE e do FPM, com um modelo de repasses pautado nos critérios de número de habitantes, dimensão territorial e inverso da renda *per capita* (PORTELLA; TEIXEIRA, 2016, p. 643; SOUZA, 2005).

A intensificação da importância dos entes municipais se dá com a ampliação dos percentuais dos Fundos de Participação dos Estados e Municípios (FPE e FPM), por meio da EC nº 23/83 e da EC nº 79/84. A participação dos municípios na receita disponível (incluindo as receitas de transferências) passou de 9%, em 1980, para 15% em 1994. Já a receita própria em favor dos mesmos entes, e no mesmo período, passou de 3% para 5%.

A CF/88, neste sentido, constituiu sem dúvida um avanço na política de descentralização da base de financiamento, não só do ponto de vista da previsão normativa, como também em termos de efetividade de receitas. Ao analisar a

evolução da receita tributária disponível no período de 1988 a 1994, Affonso (1996) constata ademais avanços no tocante à desconcentração da receita pública do ponto de vista regional. Estados e municípios localizados na região Norte observaram o crescimento da ordem de 42%, enquanto os entes da região Nordeste experimentaram incremento da ordem de 13%. Por outro lado, no estado e municípios de São Paulo, a mesma receita observou decréscimo da ordem de 2% (AFFONSO, 1996, p. 4).

Neste cenário, a descentralização fiscal resultou, sem dúvida, em maior autonomia fiscal em favor de estados e municípios, que passaram a contar com maior poder de tributar, bem como maior participação na distribuição de receita, enquanto o ente federal se manteve isolado. Não obstante, o mesmo enfraquecimento político da União terminou por fazer com que, por outro lado, o processo de descentralização se desse de forma “descoordenada, sem um projeto articulador” (AFFONSO, 1996, p. 5); o que não se perdurou.

A década de 1990 foi marcada pela retomada de poder político da União, do ponto de vista do financiamento público. Este movimento se deu especialmente de duas formas: aumento de fontes de receita não submetidas ao sistema de transferências, e desvinculação de receitas federais que, em princípio, estariam destinadas a determinadas finalidades – Desvinculação das Receitas da União (DRU) (SOARES, 2012, p. 8).

Estes dois grupos de medidas mostraram-se complementares. O aumento da participação da União no universo das receitas correntes se deu sobretudo por meio da criação ou majoração das contribuições sociais, que não são objeto de repasse aos demais entes políticos, ao contrário do que ocorre no caso de grande parte dos impostos federais (SOARES, 2012, p. 8). A receita de tais contribuições é destinada, por imperativo constitucional, ao financiamento da Seguridade Social. Entretanto, é neste ponto que opera a DRU, de forma a autorizar a não utilização do recurso na finalidade inicialmente prevista, para fins de geração de superávit, e posterior pagamento da dívida pública.

A bem da precisão histórica, antes mesmo da criação da DRU, o repasse mínimo em favor das ações na área da saúde, que foi fixado em 30% sobre os recursos da Seguridade Social, conforme estabelecido no ADCT, art. 55,⁴ já não era realizado (DAIN, 2007, p. 1853). Posteriormente, em 1994, criou-se o Fundo Social de Emergência (FSE), que em 1996 passou a se chamar Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), e que em 2000 deu lugar à DRU.

⁴ “Art. 55. Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde”.

Criada por meio da EC nº 27/2000, foi prorrogada de forma sucessiva pelas EC nºs 42/2003, 56/2007, 68/2011 e 93/2016. Fixada inicialmente em 20% das receitas de impostos e contribuições apenas da União, passou em 2016 a 30% das receitas da União (DRU), além de ter-se estendido também aos planos dos estados, DF e municípios (DREM).

O fato de o financiamento público brasileiro estar centrado na lógica das transferências termina por ensejar um alto grau de dependência às transferências financeiras, e, por conseguinte, ao poder político, em especial em detrimento dos municípios. Com efeito,

[...] no caso da grande maioria dos Municípios brasileiros, a maior parte da arrecadação provém das transferências intergovernamentais, especialmente aquelas de caráter obrigatório, oriundas do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e do Imposto estadual sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). (PORTELLA; TEIXEIRA, 2016, p. 647)

A sistemática das transferências apresenta a virtude de proporcionar a redistribuição da arrecadação, de modo a deslocar recursos de regiões mais ricas, para regiões menos ricas da Federação. Mais do que isso, a sistemática dos fundos de financiamento possibilita o estabelecimento de critério de distribuição que premie valores e princípios alinhados com o desenvolvimento e o bem-estar.

Não obstante, o modelo das transferências apresenta o inconveniente de restringir a autonomia, sobretudo dos entes municipais dotados de menor capacidade de arrecadação. Esta perda de autonomia se dá tanto por motivos de alinhamento partidário entre os representantes envolvidos, como em função da política de tributação adotada pela entidade que realiza a transferência. Sobre esta segunda questão, é importante atentar para o fato de que a concessão de incentivos fiscais por parte daquele que seja o ente que realiza a transferência terminará por repercutir no montante a ser repassado.

Junte-se a isso o aumento do volume de atribuições administrativas a cargo dos municípios, ocorrido sobretudo a partir do final da década de 1970, e intensificado a partir de 1988 (PORTELLA; JESUS, 2018, p. 938). As demandas nas áreas de educação, saúde, habitação, saneamento e mesmo segurança, altamente concentradoras de mão de obra, não foram acompanhadas na mesma proporção pela respectiva necessidade de financiamento (AFFONSO, 1996, p. 9).

A realidade de desequilíbrio entre atribuições administrativas e fonte de financiamento é suficiente para comprometer a própria existência de um sistema federativo efetivo. Como recorda Oliveira (2018), o federalismo só pode existir a

partir de bases democráticas, e de uma estrutura de financiamento que permita o equilíbrio na relação entre os entes:

[...] o federalismo só pode se sustentar, enquanto forma de organização política de um país, de um lado, em *regimes democráticos* que respeitem as regras do contrato federativo firmado entre os seus membros e contemplem mecanismos institucionais que impedem suas mudanças para não se romper o equilíbrio de poder entre os seus membros; e, de outro, contando com o sentimento de *cooperação e solidariedade* que caracteriza este sistema para que as diferenças econômicas entre as regiões possam ser reduzidas, visando a alcançar maior equilíbrio entre as mesmas. (OLIVEIRA, 2018, p. 560)

O panorama de financiamento público, sobretudo na ótica dos municípios, destoa desta concepção, conforme será detalhado a seguir.

2.2 A estrutura federativa de financiamento na área da saúde

No que concerne ao financiamento da saúde pública no país, a EC nº 29/2000 constitui um marco histórico fundamental, tanto no que se refere à previsão legislativa de percentuais mínimos a serem aplicados, como também no tocante a um efetivo aumento dos valores destinados à área.

Tal emenda estabeleceu percentuais mínimos de Receita Corrente Líquida (RCL) a serem destinados a Ações e Serviços Público em Saúde (ASPS), de forma obrigatória, no caso de estados e municípios. Tais percentuais foram posteriormente definidos na LC nº 141/2012 em 12%, no caso dos estados e DF, e em 15%, no caso dos municípios e DF.

No âmbito federal, a EC nº 29/2000 não estabeleceu percentuais mínimos de RCL. Deliberou apenas pela aplicação de recursos em valor equivalente àquele despendido no ano anterior, corrigidos pela variação nominal do PIB, o que asseguraria a participação da União em termos não inferiores àqueles realizados no ano de 2000 (BENÍCIO, 2015, p. 32).

O advento da EC nº 29/2000 ensejou um incremento dos gastos totais na área, da ordem de 2,1% entre 2000 e 2014, mas foi sobretudo na forma de participação de cada ente no financiamento da saúde que se notou o impacto mais profundo, com um crescimento expressivo dos aportes realizados por estados, DF e municípios (CONASEMS, p. 11). Estudo realizado por Piola *et al.* (2013) indica a dimensão deste impacto:

A EC nº 29 trouxe mais recursos e promoveu o aumento da participação de estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do SUS. Ela começou a vigorar em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Desde então, sua participação foi decrescendo, ficando em torno de 44% em 2011, apesar de terem sido observados incrementos reais no montante destinado à saúde. Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6%, de acordo com os dados do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS). (PIOLA *et al.*, 2013, p. 13)

Em relação ao PIB, o gasto realizado por todas as três esferas de governo, entre 2000 e 2011, aumentou 1%, incremento que se deu em função dos maiores encargos assumidos por estados e municípios: o gasto federal em ASPS passou de 1,73% a 1,75% do PIB; o gasto estadual foi de 0,54% para 1%; e o municipal, de 0,6% para 1,16% (PIOLA *et al.*, 2013, p. 15).

Parâmetro de análise interessante é o que combina a evolução da composição do gasto com saúde entre os entes políticos, com a evolução das receitas auferidas por eles. No ano de 2000, a União arrecadou o equivalente a 56,70% de toda a carga tributária brasileira, enquanto estados e municípios receberam, respectivamente, 26,58% e 16,72% (PORTELLA; TEIXEIRA, 2016, p. 657). Por outro lado, no que se refere aos gastos com saúde, estados e municípios responderam, em 2004, pelo equivalente a 53,72%, elevando-se tal participação em 2014 a 65,25%. No caso da União o movimento foi inverso, com uma participação no gasto que passou de 58,86%, em 2000, para 35,75%, em 2014 (PORTELLA; TEIXEIRA, 2016, p. 669).

A EC nº 86/2015 alterou a CF/88, art. 198, §2º, I, para definir o percentual mínimo de recursos públicos a serem destinados pela União à área da saúde. Fixou-o em 15% da RCL realizada em 2015, e estabeleceu um sistema de escalonamento: ao longo de 5 anos, de 2016 a 2020, o percentual passaria de 13,2% a 15% (EC nº 86/2015, art. 2º). Tratou-se de uma das maiores perdas de recursos públicos na área saúde no Brasil, tendo em vista o baixo nível da RCL observado naquele período, devido à crise econômica enfrentada pelo país. Com base na regra, e confirmando a lógica de que a “aplicação máxima corresponde à previsão mínima legal” (FUNCIA, 2015), o valor aplicado pela União em 2016 foi já inferior ao investimento em saúde realizado em 2015. Situação análoga ocorreria também em 2017, cujo percentual fixado foi de 13,7% da RCL, com alguma possibilidade de ligeira melhora, em termos comparativos, somente a partir de 2018 (14,1% da RCL) (CNM, 2018, p. 12).

Não obstante, tal regra foi revogada pela EC nº 95/2016, em 15.12.2016. A “Emenda do Teto” estabeleceu o chamado “Novo Regime Fiscal”, fixando limites

máximos para gastos públicos de uma forma geral, aplicável à União e órgãos federais com autonomia orçamentária e financeira, com vigência de 20 anos, de 2017 a 2036, e possibilidade de revisão dos valores a partir do décimo ano de vigência.

Encontram-se submetidas ao regime as despesas primárias – voltadas ao custeio – do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social. Segundo a Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira (Conof) da Câmara dos Deputados, a justificativa residiria na necessidade de refrear o déficit e a dívida públicos, por meio de um “[...] controle duradouro da despesa pública, na medida em que considera que a carga tributária já se encontra bastante elevada, e que o controle de despesa melhora a qualidade do gasto” (CONOF, 2016, p. 10).

Ainda segundo a Consultoria, a despesa pública no Brasil cresceu acima da inflação (quase 6%), em termos médios, no período de 1997 e 2015, e o modelo estabelecido na EC nº 95/2016 estabilizaria os gastos para depois reduzi-los, além de possibilitar a aplicação de “[...] menores taxas de juros na negociação dos títulos públicos, o que permitirá a redução das despesas financeiras, fundamental para a recuperação da confiança do investidor e do consumidor” (CONOF, 2016, p. 10).

Em realidade, o que faz o “Novo Regime Fiscal” é reverter uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público, ainda que tímida, que decorre, por um lado, do próprio crescimento da população brasileira, e, portanto, do aumento das demandas sociais; e, por outro, da necessidade de inclusão efetiva de amplos setores da população na estrutura de segurança social (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 6).

Com relação à área da saúde, a EC nº 95/2016 revogou a sistemática de escalonamento do percentual mínimo de gastos, prevista na EC nº 86/2015, art. 2º, e manteve o percentual mínimo de 15% da RCL, previsto na CF/88, art. 198, §2º, I, aplicável, entretanto, apenas no ano de 2017. A partir de 2018, o valor passou a ser corrigido pela inflação, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE (ADCT, arts. 107 e 110).

Note-se o prejuízo em termos de perda de recursos financeiros: o ano de 2017 constitui um período de profunda crise econômica por que atravessou o país, e no qual se observou uma forte redução da RCL. Segundo a nova regra de destinação de recursos à área da saúde, o valor mínimo equivalente a 15% da RCL, incidiu sobre este período. Fixado o valor mínimo em tais bases, o mesmo passaria a ser corrigido pelos índices de inflação do país, que passaram a ser baixos em perspectiva histórica, desde a implantação do Real.

Em definitiva, significa que tanto a base a partir da qual foi calculada a despesa mínima em saúde no país no plano federal (RCL de 2017), como o índice de correção (inflação) estão muito aquém da possibilidade de oferecer um montante de recursos suficientes para o financiamento das demandas na área de saúde.

As necessidades da população nesta área são crescentes em termos reais, e não apenas no que se refere à correção monetária. Este movimento ascendente das demandas decorre tanto do crescimento vegetativo da população, como do aumento da longevidade (IBGE, 2000; VERAS; PARAHYBA, 2007; IBGE, 2009, p. 93) e das restrições históricas observadas no atendimento nesta área.

A análise comparada entre a evolução histórica do PIB e a evolução da inflação (IBGE, 2012) possibilita antever um cenário no qual as receitas públicas irão crescer de forma permanente, inclusive em termos reais acima da inflação, enquanto os gastos com saúde, atrelados aos índices inflacionários, sofrerão uma redução real, com conseqüente restrição do atendimento das demandas. Estima-se que no período de 2014 a 2030 as despesas nas áreas de saúde e previdência crescerão em 3,8% do PIB, sendo que 74% desse aumento ocorrerão no âmbito da saúde e o restante no da previdência (BENÍCIO *et al.*, 2015, p. 42-43).

Não obstante o cenário que se apresenta, as medidas financeiras que se têm observado vão no sentido oposto ao de uma esperada ampliação dos gastos públicos na área. Juntamente com a política de desvinculação de receitas (DRU e DREM), as regras estabelecidas pelas EC nº 86/2015 e EC nº 95/2016 constituem um modelo de financiamento público concebido em conformidade com a lógica de geração de superávit sucessivos, com sobra de recursos a serem utilizados no pagamento da dívida pública, em detrimento da sua utilização para financiamento de ações voltadas ao bem-estar da população (PORTELLA; TEIXEIRA, 2016, p. 634).

2.3 Análise-crítica da participação dos entes políticos no financiamento público da saúde no plano municipal

2.3.1 Orçamento público como objeto de análise-crítica

O orçamento público é instrumento jurídico-financeiro que prevê receita e fixa despesas a serem realizadas por determinado ente político, no intervalo de um ano (CARVALHO, 2010, p. 28), sendo cada um dos entes políticos responsável pela aprovação do respectivo orçamento. Do ponto de vista normativo, o mesmo é disposto por meio de três instrumentos (CF/88, art. 165, Lei nº 4.320/64 e LC nº 101/2000, de Responsabilidade Fiscal – LRF) que visam a assegurar a viabilidade da atividade financeira estatal, a observância da legalidade orçamentária e a sua instrumentalidade cidadã no âmbito do Estado democrático de direito (RAMOS FILHO, 2014; CARVALHO, 2010). São eles: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Embora dispostos formalmente em três instrumentos normativos autônomos, complementam-se de maneira a constituir uma uniformidade lógica quanto ao seu

conteúdo. O PPA estabelece os valores fundamentais que servirão de vetor das decisões políticas ao longo dos seus quatro anos de vigência, e por conseguinte da elaboração dos demais instrumentos orçamentários. A LDO estabelecerá as diretrizes, objetivos e metas a serem atingidos em cada ano; e a LOA, por meio da qual se aprova o orçamento propriamente dito, fixará os gastos e irá prever as receitas anuais, sempre de acordo com o disposto na LDO e no PPA.

O orçamento previsto na LOA subdivide-se em três partes (CF/88, art. 165, §5º): orçamento fiscal (OF), orçamento de investimentos das empresas do Estado (OI) e orçamento da seguridade social (OSS). O OF congrega receitas e despesas de cada um dos poderes, do Ministério Público e do Tribunal de Contas, aí incluídos os fundos públicos e entidades da Administração direta e indireta. O OI prevê o orçamento referente aos investimentos que o ente público pretende realizar nas empresas a ele vinculadas (empresas públicas ou sociedades de economia mista), que não dependam de recursos financeiros do próprio ente para custeio do seu funcionamento – as empresas cujo custeio dependa de recursos do ente considerado terão seu orçamento previsto no OF.

O OSS (CF/88, art. 165, §5, III) refere-se ao financiamento da estrutura e ações nas áreas da saúde pública, da assistência social e da previdência social, e compreende todas as entidades e órgãos da Administração direta e indireta, bem como os fundos e as fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público (CF/88, art. 195, §2). Aspecto importante a se destacar, no que se refere ao OSS, é o que corresponde à descentralização da sua execução. Enquanto o planejamento e a elaboração do orçamento são realizados de forma integrada entre as estruturas que compõem os sistemas, a realização das ações ocorre de forma descentralizada, nos diferentes níveis federativos (RAMOS FILHO, 2014, p. 254).

Mais do que uma peça técnica, o orçamento público é instrumento que reflete a realidade e os anseios de uma coletividade:

[É] o espelho da vida política de uma sociedade, uma vez que registra e revela, em sua estrutura de gastos e receitas, as classes e/ou frações de classes que arcarão com o maior ou menor ônus da tributação, assim como as que mais se beneficiam com a destinação destes recursos. (OLIVEIRA, 2018, p. 165)

Por meio da análise do orçamento, é possível identificar o estágio de evolução democrática de dada sociedade, assim como o grau de consciência política e ambiental, e o seu nível de desenvolvimento econômico e social. O interesse em torno da análise-crítica de uma estrutura orçamentária, portanto, não se restringe às considerações de ordem estritamente técnico-financeira. A partir da observação desta

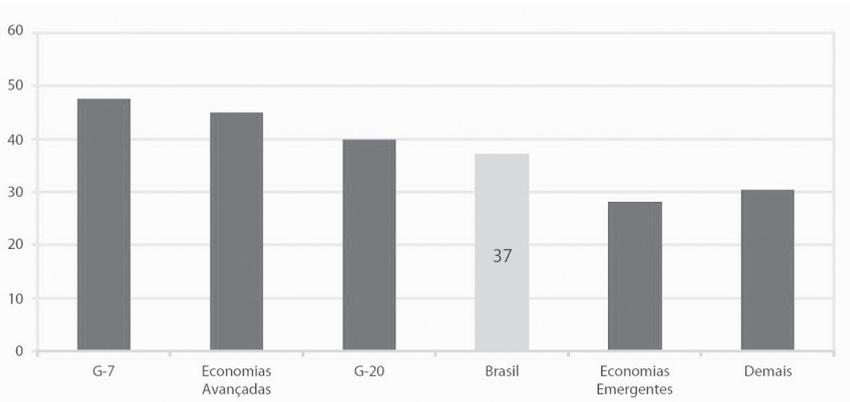
estrutura é possível realizar reflexões de ordem política, sociocultural, econômica, ou ambiental, e é neste sentido que se propõe aqui o estudo do financiamento da saúde pública no plano municipal no Brasil.

2.3.2 Contextualização do financiamento público da saúde brasileira no universo das despesas totais na área, perspectiva comparada e impacto sobre a qualidade do serviço prestado

A fim de se proceder a uma perspectiva crítica e contextualizada de abordagem do financiamento da saúde, é fundamental dimensionar os gastos que o Estado brasileiro realiza na área, no universo dos gastos totais. Com base em estudo realizado por Benício *et al.* (2015), com dados referentes ao ano de 2012, a despesa pública corrente total no Brasil – despesa primária e juros nominais, excluída a despesa de investimento –, de todos os entes da Federação, alcançou valor equivalente a

[...] 37% do Produto Interno Bruto (PIB), superior em aproximadamente 5,0 pontos percentuais do PIB ao gasto realizado pelo conjunto dos países de economia emergente. O padrão brasileiro de gasto público também supera aquele dos países emergentes, bem como os de menor grau de desenvolvimento econômico. (BENÍCIO *et al.*, 2015, p. 27)

Figura 1 – Despesa total do governo geral em porcentagem do PIB, segundo o nível de desenvolvimento econômico, 2012



Fonte: FMI *apud* Benício *et al.* (2015, p. 26).

Tal quadro aproximaria o país à realidade dos gastos relativos realizados nos EUA: 37% do PIB, e seria inferior ao padrão de gastos realizados no Canadá, em Israel e na Alemanha, que realizam o investimento na área em valor equivalente a 40% dos respectivos PIB. No que se refere às

[...] nações emergentes, tanto da América Latina quanto da Ásia, o padrão de gasto público no Brasil é significativamente superior. Dos vizinhos sul-americanos, apenas Colômbia e Costa Rica, com um gasto total em torno de 27% do PIB, aproximam-se do padrão brasileiro. (BENÍCIO *et al.*, 2015, p. 27)

No que se refere à composição do gasto público brasileiro, educação e saúde concentram as maiores parcelas: juntas correspondem a 31% de toda a despesa pública no ano de 2014 (BENÍCIO *et al.*, 2015, p. 31). Mesmo considerando as carências a que se encontra submetida a análise de gastos em termos relativos do PIB – de fato, 37% do PIB dos EUA equivale a valores muito superiores a 37% do PIB brasileiro, tanto em termos totais como na relação *per capita* –, é possível afirmar que os níveis de gasto público total no Brasil apresentam padrão elevado, na comparação internacional. Esta perspectiva de diagnóstico da situação apontaria para uma necessidade de tomada de decisões relativas ao aperfeiçoamento da forma como o recurso é gerido, onde é alocado e por quais vias se realiza.

Uma outra perspectiva de análise importante para identificar a posição do Estado no que se refere ao financiamento da saúde é aquela que decompõe as despesas totais em saúde em dois universos: o das despesas realizadas pelo Estado, e aquelas efetuadas pela iniciativa privada. Segundo Figueiredo *et al.* (2018), o Brasil é o país que apresenta os mais baixos índices de alocação de recursos públicos na área da saúde, num universo de seis países selecionados – Brasil, França, Itália, Portugal, Espanha e Reino Unido. Em 2000, os recursos públicos equivaleram a 40% dos gastos totais na área da saúde, e em 2014 esta participação foi da ordem de 46% (FIGUEIREDO *et al.*, 2018, p. 40). Nos demais países, a participação foi sempre superior a 75% em 2014.

Figura 2 – Relação entre gasto total em saúde e gasto público em saúde, 2000, 2008-2014

Tabela 1. Gasto público em saúde como porcentagem do gasto total em saúde para países selecionados, 2000, 2008-2014

Países	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	40,3	43,8	44,4	45,8	45,2	44,3	45,1	46
França	79,4	77,3	77,5	77,5	77	77,2	77,1	78,2
Itália	72,1	76,9	77	77	75,1	75,3	75,6	75,6
Portugal	67,7	67,4	68,7	68,7	66,5	64	65,2	64,8
Espanha	71,6	74	75,7	75,1	73,9	71,7	71,5	70,9
Reino Unido	79,6	81,6	83,2	83,5	83,2	82,9	83,3	83,1

Fonte: Figueiredo *et al.* (2018, p. 41).

O gasto total *per capita* em saúde realizado pelo Estado brasileiro foi da ordem de U\$947, contra valores da ordem de US\$4.959, na França e US\$3.934, no Reino Unido, países que realizaram maiores níveis de investimento (FIGUEIREDO *et al.*, 2018, p. 41). Numa escala de gastos diários por habitante, o setor público brasileiro destina o equivalente a U\$2,60 às ações e serviços de saúde. Tais dados indicam

[...] que o gasto público com saúde do Brasil é baixo, em comparação com países com sistemas similares – isto é, universais e públicos –, que gastam, em média, o correspondente a 8% do PIB. O SUS destinou, em 2014, apenas 3,8%, o que resulta em um gasto per capita bastante baixo. (FIGUEIREDO *et al.*, 2018, p. 42)

Em escala mundial, o Brasil ocuparia a 51ª posição no que se refere ao nível de gasto público na área da saúde, em relação ao PIB, no ano de 2018. Estariam em melhor posição o Uruguai (46ª), o Equador (36ª), a Costa Rica (33ª), o Paraguai (26ª), ou Cuba (12ª), por exemplo (INDEX MUNDI, 2018).⁵

A evolução recente dos gastos público em saúde indica, ademais, uma retração destes valores. Em 2012, os gastos públicos totais com saúde no país equivaleram

⁵ Verifica-se a compatibilização dos dados no relatório *Aspectos fiscais da saúde no Brasil*, da Secretaria do Tesouro Nacional (2018). Nele, apresenta-se uma média de gasto em saúde pública da ordem de 3,8% do PIB, o que coloca o país no 64º lugar na escala mundial (183 países), sendo esse valor próximo à média da América Latina e Caribe (3,6%) e inferior à da OCDE (6,5%). Neste último universo constam países com uma estrutura etária mais envelhecida relativamente ao caso brasileiro (2018, p. 2). Ao avaliar a participação específica do governo federal na execução de políticas de saúde, os valores são ainda menores. A parcela da despesa da União em saúde realizada por meio de aplicação direta é pequena e se concentra principalmente na área de assistência farmacêutica (2018, p. 3).

a 8,8% do PIB.⁶ Em 2014, este percentual recuou para 6,8%. No universo da OCDE, Reino Unido e França foram os países que mais investiram no sistema público de saúde, 16,5% e 15,7%, respectivamente (FIGUEIREDO *et al.*, 2018, p. 42).

A maneira como é feito o financiamento na área da saúde reflete de forma direta na qualidade do atendimento prestado. Em 2011, o Ministério da Saúde criou o Índice de Desempenho do Sistema de Saúde (IDSUS),⁷ que avalia os diferentes níveis de atenção – básica, especializada ambulatorial e hospitalar, e de urgência e emergência. O índice classifica, em escala de 0 a 10, municípios, regiões, estados e o país, com base em informações relativas à qualidade do acesso ao sistema, à oferta de ações e serviços de saúde, e à efetividade do sistema com vistas ao alcance dos resultados esperados.

Entre 2008 e 2010, o índice apontou que 93,8% dos municípios tiveram nota abaixo da média, estabelecida em 7,0. Do total dos municípios brasileiros, 132 (2,4%) tiveram notas entre 0 e 3,9; outros 1.028 (18,3%) se enquadraram na faixa entre 4,0 e 4,9; um terceiro grupo, constituído por 2.616 (47%) teve notas entre 5,0 e 5,9; outros 1.450 (26,1%) ficaram entre 6,0 e 6,9; e, finalmente, 341 (6,1%) obtiveram notas que variaram de 7,0 a 7,9. Apenas seis municípios ficaram com nota acima de 8,0.

Tabela 1 – Distribuição dos municípios segundo o nível de qualidade da prestação dos serviços de saúde pública (nota IDSUS, 2008 – 2010)

Notas médias	Número de municípios	Porcentagem
0 a 3,9	132	2,4%
4,0 a 4,9	1.028	18,3%
5,0 a 5,9	2.616	47%
6,0 a 6,9	1.450	26,1%
7,0 a 7,9	341	6,1%
Acima de 8	6	–
Total	5.173	

Fonte: Benício *et al.* (2015, p. 39).

⁶ De acordo Melo (2017, p. 107), verifica-se que “a participação do gasto público no total do gasto com saúde no Brasil, em 2014, segundo GHO (2017), foi de 46%, enquanto na privada, essa participação foi de 54%. A média da participação do gasto privado no total do gasto com saúde nos países europeus, segundo a OCDE (2017), foi de 27% em 2011”. Tais dados demonstrariam uma distorção decorrente da complexidade das relações público-privadas, reflexo de uma sociedade heterogênea e desigual. “Argentina, Uruguai e Colômbia, países latino-americanos cujos sistemas não são universais como o do Brasil, tiveram, em 2014, a participação do gasto privado com saúde no total do gasto com saúde de 45%, 29% e 25%, respectivamente. Nos Estados Unidos, único país desenvolvido cujo sistema não é universal e que conta com o maior gasto de saúde do mundo, a participação privada no gasto total foi de 51%, em 2014” (MELO, 2017, p. 107).

⁷ Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) (Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/index.html>. Acesso em: mar./abr. 2019).

Entre março e abril de 2019, o estudo propôs averiguar o desempenho nas três esferas de governo, assegurando, deste modo, apresentar um panorama mais amplo da eficiência no contexto federativo. Todos os estados e DF foram avaliados com nota abaixo de 7,0, conforme disposto na tabela a seguir.

Tabela 2 – Distribuição dos estados e DF segundo o nível de qualidade da prestação dos serviços de saúde pública (nota IDSUS, 2008 – 2010)

Notas	Número de Estados e DF	Porcentagem
0 a 3,9	–	–
4,0 a 4,9	3	11,11%
5,0 a 5,9	22	81,48%
6,0 a 6,9	2	7,41%
7,0 a 7,9	–	–
Acima de 8	–	–
Total	27	100%

Fonte: IDSUS. *Mapa dos Resultados*. 2019 (Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/>).

No mesmo levantamento, a União foi avaliada com nota 5,46, o que demonstra que o problema da baixa qualidade dos serviços se observa em todos os níveis federativos.

3 Análise do financiamento da saúde a partir dos dados orçamentários e indicadores de saúde dos municípios da região da Costa do Descobrimento

3.1 Perfil dos municípios da Costa do Descobrimento

“Território de Identidade” é expressão adotada no Decreto nº 12.354/2010, art. 1º, §1º, do Estado da Bahia, para designar um agrupamento de municípios reunidos a partir de critérios sociais, culturais, econômicos e geográficos, e reconhecido pela própria população como o espaço historicamente construído, ao qual esta pertence, com o intuito de promover uma maior coesão administrativa, política, social e territorial. A sistemática de distribuição do territórios nestes moldes é coordenada pela Secretaria do Planejamento (Seplan) do Estado da Bahia, com a finalidade de elaborar estratégias de desenvolvimento territorial sustentável, visando a) à integração e compatibilização de políticas públicas com base no planejamento territorial; b) à ampliação dos mecanismos de participação social na gestão das

políticas públicas de interesse do desenvolvimento dos territórios; e c) à valorização das diversidades social, cultural, econômica e geográfica das populações (Decreto estadual nº 12.354/2010, art. 2º, I a III).

No mesmo decreto, encontra-se estabelecida a instituição do Conselho Estadual de Desenvolvimento Territorial (Cedeter), colegiado que tem caráter consultivo e finalidade de subsidiar a elaboração de propostas de políticas públicas e estratégias integrantes do Programa Territórios de Identidade. Trata-se de instância política de representação dos territórios, tendo sido reconhecida pela Secretaria da Agricultura Familiar do Ministério do Desenvolvimento Agrário (SDT/MDA).

Há um caráter fundamentalmente democrático na concepção do Conselho. Segundo o seu regimento, é composto de, no mínimo, 50% de representantes da sociedade civil, e de, no máximo, 50% de representantes do poder público (Decreto estadual nº 12.35/2010, art. 6º).

Essa Coordenação articula as perspectivas no contexto baiano, haja vista que sua Assembleia Geral é composta por quatro membros de cada território de identidade com vistas a dialogar, debater, propor mudanças, estimular e fortalecer as ações de cunho territorial. (FLORES, 2014, p. 50)

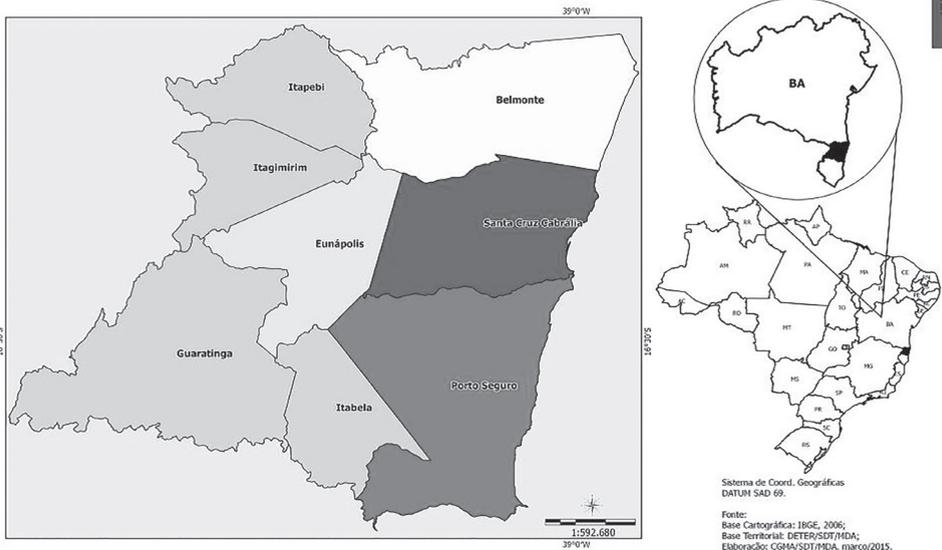
Neste sentido, a criação dos territórios de identidade alinha-se com o pensamento de Milton Santos (2012, p. 226-227), na medida em que estimula um maior envolvimento do cidadão com a tomada de decisões públicas, com vistas ao atendimento das necessidades sociais, sempre dentro de um contexto territorial. Assim, para fins de viabilização do atendimento às demandas da população, convém proceder a

[...] uma instrumentação do território capaz de atribuir a todos os habitantes aqueles bens e serviços indispensáveis, não importa onde esteja a pessoa; e de outro lado, uma adequada gestão do território, pela qual a distribuição geral dos bens e serviços seja assegurada. (SANTOS, 2012, p. 18)

Numa perspectiva jurídica, os territórios de identidade encontram-se inseridos no contexto das disposições constitucionais que cuidam da descentralização das decisões referentes às políticas públicas e sua respectiva gestão, a partir da criação de espaços democráticos de exercício da cidadania (SANTOS, 2012, p. 19). Voltam-se ao atendimento das particularidades locais, como se dá, por exemplo, no âmbito do SUS.

A região da Costa do Descobrimento é composta por 8 (oito), municípios: Belmonte, Eunápolis, Guaratinga, Itabela, Itagimirim, Itapebi, Porto Seguro e Santa Cruz de Cabrália. Encontra-se localizada no Sul do Estado da Bahia, limitando-se ao Norte com o Território Litoral Sul, ao Oeste com o Estado de Minas Gerais, ao Sul com o Território Extremo Sul e ao Leste com o Oceano Atlântico.

Figura 3 – Mapa com a localização da região da Costa do Descobrimento da Bahia, e respectivos municípios



Fonte: Brasil (2015, p. 1).

De acordo com a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais (SEI) do Estado da Bahia, a área da região estende-se por 12.109,40 km², o que corresponde a 2,1% da área do estado, sendo um território rico em biodiversidade e belezas naturais (SEI, 2016, p. 3). Nela se desenvolve uma economia com base

[...] na agropecuária extensiva de bovinos, na exploração florestal, no cultivo de eucalipto, na indústria do papel e da celulose, na pesca, no turismo, no cultivo de cacau cabrocado,⁸ de cana de açúcar, café e de frutas como mamão, maracujá e abacaxi entre outras. (SEI, 2016, p. 3)

⁸ “Cabruca” é o termo que designa um modelo de produção de cacau, caracterizado pela utilização de técnicas rudimentares, em bases artesanais e forma alinhada com a manutenção da biodiversidade.

Tem população estimada em cerca de 380 mil habitantes e densidade demográfica de 31,26 habitantes/km² (IBGE, 2010; SEI, 2016). Entre 2000 e 2010, a população total passou de 292.683 para 343.347, um crescimento de 17,31% (IBGE, 2013), sendo que na área rural o acréscimo foi de apenas 4,94%.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região foi de 0,617 (IBGE 2010; SEI, 2016) e a maior parcela da população, cerca de 70%, vive em área urbana (IBGE, 2010). Com um PIB total da ordem de R\$5 bilhões, a maior participação é do setor serviços (51,13%), seguido pela Administração Pública (22,44%), indústria (17,62%) e agropecuária (8,81%) (IBGE, 2013).

No período de 2000 a 2010, houve um crescimento do IDH nos municípios componentes da região (Figura 4). No levantamento realizado em 2000, verificou-se que 7 das 8 unidades municipais encontravam-se com índices entre 0,000 e 0,499, considerados de muito baixo desenvolvimento. No levantamento realizado em 2010 verificou-se que 4 municípios passaram a apresentar índices considerados de baixo crescimento (0,500 a 0,599), e outros 4 se enquadravam na faixa do médio desenvolvimento (0,600 a 0,699).

Figura 4 – IDHM e Índice de Gini dos municípios da Costa do Descobrimento

Município	IDHM		Índice de Gini	
	2000	2010	2000	2010
Belmonte	0.441	0.598	0.59	0.50
Eunápolis	0.540	0.677	0.63	0.57
Guaratinga	0.356	0.558	0.53	0.53
Itabela	0.445	0.599	0.54	0.55
Itagimirim	0.493	0.634	0.57	0.52
Itapebi	0.394	0.572	0.52	0.48
Porto Seguro	0.495	0.676	0.62	0.56
Santa Cruz Cabralia	0.486	0.654	0.63	0.58
Total	-	-	-	-

Fonte: IBGE, Censo Demográfico (2000); IBGE, Censo Demográfico (2010).

Este movimento coloca o território em sintonia com a ascendência do IDH em toda a Região Nordeste do país, observada desde 1991 até 2010, inclusive em termos comparativos com as regiões do Sudeste, Sul e Centro-Oeste (PNUD; IPEA; FJP, 2013, p. 43).⁹ Os dados refletem uma melhora das condições socioeconômicas e de investimento em políticas públicas de desenvolvimento e em programas sociais, com ressonância positiva nas condições de saúde, crescimento de renda e educação.

⁹ O Estudo IDH, publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, apontou que em 1991 mais de 85% dos municípios encontravam-se na faixa de Muito Baixo Desenvolvimento Humano. Em 2000, pouco mais de 70% encontravam-se nas faixas de Baixo e Muito Baixo Desenvolvimento Humano. Já em 2010, apenas 25% dos municípios encontravam-se nessas faixas, e mais de 70% já figuravam nas faixas de Médio e Alto Desenvolvimento Humano (PNUD; IPEA; FJP, 2013, p. 43).

A Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI/Bahia) realiza análises a partir do chamado Índice de Performance Econômica (IPE), que tem como função “[...] nortear o bom emprego de recursos públicos, atentando para as prioridades a serem atendidas no recorrente comprometimento de mitigar as disparidades econômicas e sociais historicamente presentes no Estado da Bahia” (BAHIA, 2014, p. 12).

É constituído por 4 indicadores: infraestrutura municipal (INF), produto municipal (IPM), corrente de comércio exterior (ICE) e independência fiscal (IIF). Este último, sobre o qual pesa especial interesse no presente estudo, objetiva mensurar

a relação entre a receita própria (isto é, aquela advinda dos tributos de competência municipal) e a receita orçamentária total do município, mostrando a capacidade de autonomia fiscal (para atendimento das necessidades básicas de suas populações locais). (BAHIA, 2014, p. 13)

Em 2010, dos 417 municípios do estado, 287 apresentaram IPE inferior a 5.000, e 130 municípios apresentaram índices acima deste valor. Isto significa que 68,8% dos municípios tiveram IPE abaixo da média calculada pela Superintendência estadual (BAHIA, 2014, p. 17-18).

Com relação aos municípios da região da Costa do Descobrimento, no ano de 2010, verificou-se que, dos 8 entes, apenas 5 encontravam-se acima de 5.000, e três apresentavam índices inferiores (Tabela 3). Portanto a maioria dos municípios da região (75%) tem IPE acima da média (BAHIA, 2014, p. 69-79). Destes, 3 municípios destacaram-se em termos de IIF e IPE: Eunápolis, com IIF 16 e IPE 3, Porto Seguro, com IIF 14 e IPE 19, e Belmonte, com IIF 19 e IPE 40.

Tabela 3 – IPE e IIF dos municípios da região Costa do Descobrimento – 2010

Município	IIF	Colocação geral	IPE	Colocação geral
Eunápolis	5233,16	16	5125,5	3
Porto Seguro	5245,27	14	5092,16	19
Belmonte	5213,14	19	5047,68	40
Itagimirim	5036,43	95	5026,60	67
Santa Cruz Cabrália	5079,03	62	5019,30	82
Itapebi	5029,93	105	4992,36	161
Guaratinga	4999,65	150	4985,21	204
Itabela	4843,33	415	4964,35	345

Fonte: Elaboração própria com base em Bahia (2014, p. 69-79).

A região da Costa do Descobrimento é a que se encontra com os melhores índices no Estado da Bahia, ao lado das regiões do Extremo Sul e Metropolitana de Salvador, o que se explica pela presença de indústria de papel e celulose naquela região, pelo turismo, bem como pela localização geográfica litorânea, com sua respectiva estrutura logística, a favorecer a circulação de pessoas e bens (BAHIA, 2014, p. 18).

Quanto ao IIF, entre os 20 municípios mais bem avaliados em 2010 em todo o estado, 3 deles localizam-se na Costa do Descobrimento (Porto Seguro, Eunápolis e Belmonte); enquanto entre os 20 piores avaliados consta o Município de Itabela (BAHIA, 2014, p. 69-79). No que se refere ao IPE, entre os 20 municípios com maiores índices, constam apenas Eunápolis e Porto Seguro.

3.2 Financiamento público da saúde nos municípios da Costa do Descobrimento

A LC nº 141/2012, que regulamenta os valores mínimos a serem aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), define tais ações e serviços como aqueles voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e às seguintes diretrizes (LC nº 141/2012, art. 2º):

- a) sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- b) estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos planos de saúde de cada ente da Federação; e
- c) sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

A estrutura do financiamento das ASPS tem o objetivo de viabilizar uma “progressiva redução das disparidades regionais” (CF/88, art. 198, II, §3º), de forma alinhada com os objetivos fundamentais da República, de “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais” (CF/88, art. 3º). Com vistas a atingir tais objetivos, as ASPS integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (CF/1988, art. 198), no qual o rateio de recursos deve observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de sua oferta (LC nº 141/2012, art. 17).

Além disso, as despesas com ASPS deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos fundos de saúde de cada um dos entes federativos (LC nº 141/2012, art. 2º, parágrafo único).

Para o que interessa ao presente estudo, importam destacar os seguintes princípios que regem o SUS: i) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; ii) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; iii) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; iv) participação da comunidade; v) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; e vi) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.

Os recursos financeiros a serem destinados às despesas em ASPS, assim como os respectivos critérios de cálculo, encontram-se previstos, conforme exposto em 2.2, na CF/1988, art. 198, §2º, no ADCT, art. 110 (incluído pela EC nº 95/2016, Emenda do Teto) e regulados na LC nº 141/2012, arts. 5º a 11.

Com base em tais dispositivos, cada ente federativo encontra-se obrigado a aplicar um valor mínimo na área. A União deverá aplicar, no mínimo, o valor equivalente a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) do ano de 2017, corrigido pelo IPCA/IBGE. Estados e DF deverão aplicar 12% da RCL de impostos e transferências estaduais; e municípios e DF, 15% da RCL de impostos e transferências municipais. Caso o DF não tenha condição de segregar a receita de impostos em estaduais e municipais, deverá aplicar o mínimo de 12% da RCL respectiva (LC nº 141/2012, art. 8º).

À luz de tais regras, cabe realizar a análise do financiamento das ASPS no Território da Costa do Descobrimento, o que aqui será feito com base nos dados relativos aos anos 2009, 2013, 2015, 2017 e 2018 disponíveis nas LOA respectivas, nos portais de transparência, e nos relatórios do Tribunal de Conta Municipal do Estado da Bahia (TCM/BA). Ademais, ressalta-se que tal análise considerou, de forma cumulativa, 4 (quarto) critérios no certame, sendo eles: (i) a aplicação do mínimo constitucional no financiamento em ações e serviços de saúde (ASPS); (ii) a progressividade e/ou a não progressividade deste percentual municipal; (iii) da análise dos resultados (i) e (ii), buscam-se identificar os efeitos consequenciais no financiamento à saúde por meio dos indicadores regionais e municipais de saúde (E-gestor, entre outros); e (iv) a análise de outras despesas constitucionais (educação) e legais (despesas com pessoal) das municipalidades ante o financiamento à saúde.

Da análise das receitas municipais correntes, relativas ao período indicado, é possível constatar níveis de dependência às transferências oriundas dos demais

entes federativos, em especial das transferências federais. Conforme exposto na Tabela 4, a tendência é a de que, quanto menor o município, maior o grau de dependência às transferências federais, o que é uma constante em toda a realidade nacional. O caso de Guaratinga ilustra a situação: no ano de 2018, por exemplo, para uma receita total da ordem de R\$73.033.213,26, apenas R\$45.932.289,89 (aproximadamente 62,75%) foram oriundos de receitas próprias, e R\$20.986.075,63 (aproximadamente 28,74%) foram oriundos de transferências federais.

Tabela 4 – Receita dos municípios da Costa do Descobrimento/BA 2009, 2013, 2015, 2017, 2018, em função da sua fonte

Receita realizada	Município							
	Belmonte	Eunápolis	Guaratinga	Itabela	Itagimirim	Itapebi	Porto seguro	Santa Cruz Cabralia
Impostos (I) – Receitas próprias								
2009	23.308.000,00	122.826.243,97	23.224.521,04	32.763.882,70	11.532.054,00	21.309.135,07	124.330.292,49	32.923.221,06
2013	43.884.263,69	186.732.489,12	36.849.253,22	53.346.246,75	18.190.310,89	31.854.335,99	238.407.134,36	54.081.865,58
2015	54.664.547,48	227.146.308,70	44.112.595,34	65.079.493,42	20.421.779,03	31.542.478,53	321.269.427,44	58.360.045,19
2017	53.616.057,72	234.865.376,89	43.462.522,54	93.146.476,18	21.788.625,27	38.426.906,01	345.375.680,77	65.582.242,26
2018	59.684.806,04	263.494.054,90	45.932.289,89	74.014.777,73	22.714.925,21	35.603.819,89	380.923.334,14	69.431.036,50
Transferências da União (II)								
2009	9.955.000,00	45.903.711,47	12.420.997,75	16.515.921,62	6.127.167,27	8.792.455,58	46.643.673,94	16.157.521,96
2013	19.252.326,15	77.254.769,38	18.454.872,63	25.311.918,38	9.942.816,74	13.160.004,73	79.986.107,10	25.189.360,37
2015	23.928.148,42	83.932.971,29	20.186.074,99	30.927.608,80	10.306.174,13	13.934.287,69	122.779.026,15	25.321.696,11
2017	23.212.345,08	86.857.500,80	19.039.481,28	29.086.998,41	9.858.902,42	13.039.925,06	117.761.658,74	25.274.313,72
2018	25.386.699,57	94.466.766,66	20.986.075,63	33.864.821,63	11.083.454,63	14.790.861,20	127.531.191,68	27.587.422,03
Transferências do Estado (II)								
2009	3.302.000,00	28.294.101,54	2.279.939,25	3.046.095,31	1.495.973,09	6.801.067,05	14.417.318,91	3.235.652,03
2013	7.879.621,98	37.210.160,12	5.298.875,49	8.392.444,39	2.649.196,81	10.710.344,23	26.805.587,43	7.289.994,44
2015	10.173.863,91	46.219.224,44	6.483.911,41	9.640.097,51	3.118.638,13	9.367.028,58	32.813.775,99	6.664.155,35
2017	7.373.994,67	41.584.793,00	7.129.863,75	8.326.492,91	3.277.937,31	8.729.447,58	28.392.073,33	6.299.744,91
2018	8.596.388,99	47.568.530,55	6.114.847,74	9.643.751,46	3.575.594,98	10.577.766,26	32.962.847,43	7.040.485,16
Total (IV = I + II + III)								
2009	36.565.000,00	197.024.056,98	37.925.458,04	52.325.899,63	19.155.194,36	36.902.657,70	185.391.285,34	52.316.395,05
2013	71.016.211,82	301.197.418,62	60.603.001,34	87.050.609,52	30.782.324,44	55.724.684,95	345.198.828,89	86.561.220,39
2015	88.766.559,81	357.298.504,43	70.782.581,74	105.647.199,73	33.846.591,29	54.843.794,80	476.862.229,58	90.345.896,65
2017	84.202.397,47	363.307.670,69	69.631.867,57	130.559.967,50	34.925.465,00	60.196.278,65	491.529.412,84	97.156.300,89
2018	93.667.894,60	405.529.352,11	73.033.213,26	117.523.350,82	37.373.974,82	60.972.447,35	541.417.373,25	104.058.943,69

Fonte: Elaboração própria com base em Portal da Saúde SIOPS/Data-SUS, IBGE e Bacen, 2019 (Disponível em: <https://www4.lcb.gov.br/pec/taxas/port/ptaxnpeq.asp?fframe=1>; <https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>; http://siops.datasus.gov.br/re_l_perc_LC141.php?S=1&UF=29;&Município=290340;&Ano=2015&Periodo=2&g=0&e=2. Acesso em: 25 fev. 2020).

No caso dos municípios maiores, ainda que a proporção da receita própria no universo das receitas totais seja maior em termos percentuais, os montantes em termos monetários são elevados, o que também termina por indicar a dependência do financiamento. No caso de Porto Seguro, as receitas próprias equivaleram a

70,51% das receitas totais, mas as transferências federais foram da ordem de mais de R\$127 milhões.

Outra observação importante refere-se à variação da receita. Conforme indicado na mesma tabela, no período considerado, a receita total observa uma dinâmica de crescimento em todos os municípios, ainda que este não seja linear de um ano a outro, em termos percentuais. Não obstante, há variações na dinâmica das receitas próprias e de transferências federais, com decréscimos notáveis de valores. O caso de Porto Seguro serve para mais uma vez ilustrar: entre 2017 e 2018, observou-se uma recuperação de transferência federal da ordem de 8,30%, mais de R\$9 milhões, sendo que entre 2015 e 2017 ocorreu uma redução de 4,09%, equivalente a mais de R\$5 milhões.

No tocante às despesas com ASPS, cabe considerar a aplicação do percentual legal de 15% da RCL (LC nº 141/2012), conforme indicado na Tabela 5 a seguir.

Tabela 5 – Despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) – LC nº 141/2012

Ano	Municípios							
	Belmonte	Eunápolis	Guaratinga	Itabela	Itagimirim	Itapebi	Porto seguro	Santa Cruz Cabralia
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (LC nº 141/2012) – 15% da RCL (vid. item IV da Tabela 4)								
2009	2.207.628,57	10.799.559,91	1.765.020,45	2.438.836,19	961.537,87	2.060.718,46	8.663.230,30	2.458.894,83
2013	3.439.459,16	14.474.578,05	2.735.825,25	3.643.818,75	1.518.725,65	3.114.653,30	16.707.477,48	3.968.618,34
2015	4.180.202,66	17.364.685,72	3.274.507,08	4.551.101,00	1.774.389,26	3.038.097,03	24.499.273,53	4.705.552,54
2017	4.773.363,80	19.299.374,32	3.848.895,27	5.465.329,16	2.041.846,21	3.336.274,15	30.809.010,07	5.400.682,55
2018	5.359.233,11	21.425.535,24	4.006.963,80	5.666.564,32	2.143.055,16	4.000.123,66	31.726.247,82	5.547.235,53
Despesas correntes empenhadas até o 6º bimestre								
2009	6.388.016,02	36.809.806,90	4.593.200,54	8.129.060,93	2.560.114,86	3.802.572,51	26.248.362,74	8.370.536,83
2013	9.665.608,49	60.783.588,17	7.585.002,99	11.103.955,02	3.759.138,74	6.128.063,42	50.598.738,52	11.755.678,34
2015	10.564.777,58	66.259.202,15	8.738.839,08	13.771.184,50	4.546.370,99	5.930.696,60	65.674.300,51	11.429.481,68
2017	10.829.677,85	72.989.118,50	9.639.137,96	17.901.209,29	4.247.672,07	7.210.037,35	73.470.577,61	13.678.539,22
2018	5.809.348,01	32.815.943,80	5.576.307,77	6.850.649,22	2.278.668,21	4.232.021,65	36.336.354,01	6.193.783,01
Porcentagem de recursos próprios aplicados em ASPS								
2009	27,83	16,62	16,95	16,47	21,5	17,7	17,5	15
2013	20,03	24,11	15,6	17,63	17,66	17,68	17,56	15,48
2015	23,36%	20,55%	18,31%	17,69%	16,70%	17,43%	17,90%	16,20%
2017	18,76%	22,61%	17,70%	18,06%	17,35%	19,42%	16,61%	15,87%
2018	16,25%	22,96%	20,80%	18,13%	15,94%	15,86%	17,12%	16,52%

Fonte: Elaboração própria com base em Portal da Saúde SIOPS/Data-SUS, IBGE e Bacen, 2019 (Disponível em: <https://www4.bcb.gov.br/pec/taxas/port/ptaxnpeq.asp?frame=1>; <https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>; http://siops.datasus.gov.br/re_l_perc_LC141.php?S=1&UF=29;&Municipio=290340;&Ano=2015&Periodo=2&g=0&e=2. Acesso em: 25 fev. 2020).

Em todos os casos, observa-se o cumprimento do percentual mínimo estabelecido pela lei. O menor percentual foi aplicado pelo Município de Itapebi, no ano de 2018 (15,86%), e o maior foi o de Belmonte, em 2015 (23,36%). Nestas

mesmas cidades, notam-se as maiores variações na dinâmica das despesas. No caso de Belmonte, houve um decréscimo de 7,11% entre 2015 e 2018, enquanto no caso de Itapebi a diminuição foi de 3,56%, de 2017 para 2018.

Com vistas aos dados apresentados, surgem duas ordens de críticas importantes a se fazer, no que se refere ao critério legal da RCL, enquanto parâmetro para definição dos valores mínimos. Em primeiro lugar, o percentual estabelecido, que no caso dos municípios é da ordem de 15%, resulta em valores que estão muito aquém daqueles necessários ao financiamento das necessidades, mesmo elementares, na área da saúde.

De fato, quando se consideram os valores *per capita* efetivamente realizados, percebe-se que perfazem um montante que se encontra aquém daqueles praticados em outros países, ou recomendados por organismos internacionais especializados, bem como muito inferior à média de outros países. A Tabela 5 dispõe números relativos às despesas *per capita* em ASPS, nos distintos períodos considerados, em cada um dos municípios da região, tanto em reais como em dólar.

Tabela 6 – Despesas *per capita* realizadas em ASPS

Ano	Municípios							
	Belmonte	Eunápolis	Guaratinga	Itabela	Itagimirim	Itapebi	Porto seguro	Santa Cruz Cabralia
Despesa total com ações e serviços públicos de saúde								
2009	6.388.016,02	36.809.806,90	4.593.200,54	8.129.060,93	2.560.114,86	3.802.572,51	26.248.362,74	8.370.536,83
2013	9.665.608,49	60.783.588,17	7.585.002,99	11.103.955,02	3.759.138,74	6.128.063,42	50.598.738,52	11.755.678,34
2015	10.564.777,58	66.259.202,15	8.738.839,08	13.771.184,50	4.546.370,99	5.930.696,60	65.674.300,51	11.429.481,68
2017	10.829.677,85	72.989.118,50	9.639.137,96	17.901.209,29	4.247.672,07	7.210.037,35	73.470.577,61	13.678.539,22
2018	5.809.348,01	32.815.943,80	5.576.307,77	6.850.649,22	2.278.668,21	4.232.021,65	36.336.354,01	6.193.783,01
Número de habitantes								
2009	23.328	113.380	20.843	30.584	6.869	10.259	148.686	27.778
2013	23.471	110.803	22.583	30.636	7.420	10.942	141.006	27.854
2015	23.759	113.191	22.355	31.055	7.351	10.882	145.431	28.226
2017	24.013	115.290	22.154	31.422	7.291	10.830	149.324	28.552
2018	17.317	112.318	20.991	30.413	6.914	10.306	146.625	27.626
Despesas <i>per capita</i> (reais)								
2009	R\$273,83	R\$324,66	R\$220,37	R\$265,79	R\$372,71	R\$370,66	R\$176,54	R\$301,34
2013	R\$411,81	R\$548,57	R\$335,87	R\$362,45	R\$506,62	R\$560,05	R\$358,84	R\$422,05
2015	R\$444,66	R\$585,38	R\$390,91	R\$443,45	R\$545,47	R\$545,00	R\$451,58	R\$404,93
2017	R\$450,99	R\$633,09	R\$435,10	R\$569,70	R\$582,59	R\$665,75	R\$492,02	R\$479,07
2018	R\$335,47	R\$292,17	R\$265,65	R\$225,25	R\$329,57	R\$410,64	R\$247,82	R\$224,20
Despesa <i>per capita</i> (dólar)								
2009	\$157,27	\$186,46	\$126,56	\$152,65	\$214,05	\$212,87	\$101,39	\$173,06
2013	\$175,99	\$234,43	\$143,54	\$154,89	\$216,51	\$239,34	\$153,35	\$180,36
2015	\$114,02	\$150,10	\$100,23	\$113,70	\$158,58	\$139,74	\$115,79	\$103,83
2017	\$136,25	\$191,27	\$131,45	\$172,12	\$176,01	\$201,13	\$148,65	\$144,74
2018	\$86,68	\$75,50	\$68,64	\$58,21	\$85,16	\$106,11	\$64,04	\$57,93

Fonte: Elaboração própria com base em Portal da Saúde SIOPS/Data-SUS, IBGE e Bacen, 2019 (Disponível em: <https://www4.bcb.gov.br/pec/taxas/port/ptaxnpeq.asp?frame=1>; <https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>; http://siops.datasus.gov.br/re_l_perc_LC141.php?S=1&UF=29;&Municipio=290340;&Ano=2015&Periodo=2&g=0&e=2. Acesso em: 25 fev. 2020).

Considerando o ano de 2018, verifica-se uma variação de valores que vai de U\$57,93 por pessoa, no caso de Santa Cruz Cabrália, a U\$106,11 por pessoa, no caso de Itapebi. Tomando como parâmetro os valores de despesa *per capita* indicados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), para o mesmo ano, os municípios da região da Costa do Descobrimento teriam realizado despesas na área da saúde que os colocaria numa linha intermediária entre os níveis médios de despesas realizadas em países de alta renda (U\$270 por pessoa) e países de baixa renda (U\$60 por pessoa), ainda que mais próximos do nível destes últimos.

Assim, embora os valores despendidos pelos municípios em ASPS sejam elevados em termos de porcentagem de RCL, ainda assim estão longe de alcançar os níveis necessários à efetivação do direito fundamental à saúde. Isto se dá porque a receita dos entes municipais é muito baixa, o que aponta para a necessidade de uma reformulação do pacto federativo, no sentido de uma maior participação das municipalidades no tocante ao modelo de financiamento em vigor.

A segunda crítica a ser realizada ao critério legal estabelecido refere-se à sua lógica interna, à vista da dinâmica da arrecadação. Ao atrelar o limite mínimo de despesa em ASPS ao critério da RCL, o legislador submete o financiamento da saúde às variações de arrecadação. O problema é que a dinâmica das relações econômicas se condiciona a variáveis que se encontram para além de decisões políticas em matéria de arrecadação. Neste sentido, o critério da RCL termina por submeter o financiamento da saúde à volatilidade da economia. Não obstante, as demandas na área da saúde não atendem a esta lógica, e se há alguma relação entre crise econômica, e, portanto, também arrecadatória, e demandas de saúde, é de se imaginar que essa relação seja diretamente proporcional. De fato, quanto mais aguda e longa uma crise econômica, maiores tendem a ser as demandas sociais, especialmente aquelas atreladas à saúde, previdência e assistência social, devido especialmente aos níveis de desemprego e exclusão social.

A questão aponta para a necessidade de relativizar o critério da RCL, de forma que diminuições acentuadas de receita não venham a provocar a inviabilidade do funcionamento do sistema de saúde. Uma possibilidade neste sentido vem a ser o estabelecimento de valores mínimos em termos monetários, por número de habitantes, corrigidos a cada ano, e que devem ser observados de forma conjunta com o critério em vigor. Entre um e outro valor, há de ser aplicado sempre o maior deles. De forma alternativa, pode-se também considerar que o valor mínimo *per capita* nunca seja inferior àquele realizado no ano anterior.

Trata-se, neste sentido, de ampliar e aperfeiçoar critérios já previstos na legislação da área. A Lei nº 8.080/90, art. 35, determina que os valores a serem transferidos às ASPS devem ser estabelecidos em conformidade com o “perfil demográfico da região” e o “perfil epidemiológico da população a ser coberta”.

É em cenários de crise que se deve ter maior clareza com relação às prioridades do Estado brasileiro, e neste sentido as políticas sociais alinhadas com a efetividade da dignidade humana, a atenção à saúde aí incluída, devem ocupar lugar de destaque. Ao contrário do modelo de prioridades hoje existente, o sistema de financiamento público deve ser repensado, de forma a priorizar este tipo de despesa, e redimensionar a prioridade dada aos gastos de natureza financeira.

O estabelecimento de um critério de gastos mínimos em termos monetários tende a também corrigir o problema atualmente existente nos entes políticos, que tratam de aplicar somente o mínimo legal, não o ultrapassando. Na perspectiva do gestor público, a aplicação do mínimo legal é suficiente para não o submeter a regime de responsabilidade, não o estimulando à realização de despesas em ASPS em valores superiores àqueles fixados na legislação.

A Tabela 7, a seguir, possibilita uma visão mais ampla do problema. Nela é possível verificar que um aumento de receita corrente líquida não é acompanhado por um aumento da despesa em ASPS, na mesma proporção.

Tabela 7 – Relação entre RCL total e despesa em ASPS efetivadas pelos municípios da Costa do Descobrimento

Ano	Município							
	Belmonte	Eunápolis	Guaratinga	Itabela	Itagimirim	Itapebi	Porto seguro	Santa Cruz Cabralia
Receita total (Tabela 2, item IV)								
2009	36.565.000,00	197.024.056,98	37.925.458,04	52.325.899,63	19.155.194,36	36.902.657,70	185.391.285,34	52.316.395,05
2013	71.016.211,82	301.197.418,62	60.603.001,34	87.050.609,52	30.782.324,44	55.724.684,95	345.198.828,89	86.561.220,39
2015	88.766.559,81	357.298.504,43	70.782.581,74	105.647.199,73	33.846.591,29	54.843.794,80	476.862.229,58	90.345.896,65
2017	84.202.397,47	363.307.670,69	69.631.867,57	130.559.967,50	34.925.465,00	60.196.278,65	491.529.412,84	97.156.300,89
2018	93.667.894,60	405.529.352,11	73.033.213,26	117.523.350,82	37.373.974,82	60.972.447,35	541.417.373,25	104.058.943,69
Despesa por fonte de recursos – empenhada até o 6º bimestre (Tabela 5, item I)								
2009	6.388.016,02	36.809.806,90	4.593.200,54	8.129.060,93	2.560.114,86	3.802.572,51	26.248.362,74	8.370.536,83
2013	9.665.608,49	60.783.588,17	7.585.002,99	11.103.955,02	3.759.138,74	6.128.063,42	50.598.738,52	11.756.678,34
2015	10.564.777,58	66.259.202,15	8.738.839,08	13.771.184,50	4.546.370,99	5.930.696,60	65.674.300,51	11.429.481,68
2017	10.829.677,85	72.989.118,50	9.639.137,96	17.901.209,29	4.247.672,07	7.210.037,35	73.470.577,61	13.678.539,22
2018	5.809.348,01	32.815.943,80	5.576.307,77	6.850.649,22	2.278.668,21	4.232.021,65	36.336.354,01	6.193.783,01

Fonte: Elaboração própria com base em Portal da Saúde SIOPS/Data-SUS, 2019 (Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/re_l_perc_LC141.php?S=1&UF=29;&Município=290340;&Ano=2015&Periodo=2&g=0&e=2. Acesso em: 25 fev. 2020).

Considere-se o caso do Município de Itapebi. O aumento de RCL total entre 2015 e 2017 foi da ordem de 21,83%. Já o aumento da despesa em ASPS foi da ordem de 0,77%. O fato de este município não aumentar a despesa em ASPS na mesma proporção de aumento da receita não o submete a nenhum tipo de regime jurídico sancionador. Perceba-se que mesmo no tocante ao valor total despendido, houve um aumento: de R\$54.843.794,80, em 2015, para R\$60.972.447,35, em

2018. Isto significa que o percentual legal de 15% da RCL termina sendo visto como objetivo a ser alcançado, e não como valor mínimo a ser destinado à saúde, desnaturando a sua razão de ser.

No tocante à relação com outras despesas, também caracterizadas com caráter obrigatório constitucional e legal, como é o caso da área de educação (art. 212 da CF/1988), observaram-se parâmetros semelhantes de investimento, conforme visto em saúde, na relação entre a RCL e gastos com educação na manutenção e no desenvolvimento de ensino (MDE) – conforme verificado na Tabela 8.

Tabela 8 – Relação entre RCL total e gastos em MDE efetivadas pelos municípios da Costa do Descobrimento

Ano	Município							
	Belmonte	Eunápolis	Guaratinga	Itabela	Itagimirim	Itapebi	Porto seguro	Santa Cruz Cabralia
Receita Corrente Líquida (RCL)								
2009	15.348.575,05	113.443.394,13	21.042.758,58	29.484.299,96	10.375.063,97	18.518.875,78	117.898.832,10	30.540.249,08
2013	38.173.606,91	164.191.602,08	32.994.684,74	48.505.573,57	16.359.087,72	26.624.549,66	225.567.816,74	48.170.598,74
2015	50.772.581,58	210.569.864,65	*	56.742.698,35	**	28.285.581,39	299.946.139,68	57.750.491,72
2017	53.616.057,72	234.865.376,89	43.462.522,54	90.739.777,24	21.788.625,27	38.426.394,13	345.375.680,77	66.300.697,28
2018	59.684.806,04	263.494.054,90	46.485.622,73	71.335.094,71	22.721.612,92	35.603.819,89	380.975.447,94	69.431.036,50
Despesa mínima aplicada na MDE de 25% – art. 212 Constituição Federal								
2009	7.218.044,25	30.801.552,61	7.340.927,21	10.131.873,28	3.528.480,18	4.881.654,46	45.544.400,07	10.706.135,04
2013	15.937.155,71	54.384.411,66	14.642.067,76	802.751,64	4.889.330,72	5.418.451,83	88.454.254,10	19.129.055,78
2015	18.240.976,46	71.654.972,51	*	21.605.623,90	5.794.858,67	7.559.890,97	117.568.601,85	22.220.236,38
2017	20.514.275,31	84.733.469,39	17.930.601,20	25.499.847,79	7.351.836,60	9.187.695,90	135.842.068,82	27.578.234,00
2018	22.835.456,09	94.514.310,23	19.312.960,01	25.125.588,27	7.669.199,02	10.784.736,08	143.969.840,37	29.882.136,63
% de recursos aplicados na MDE								
2009	23	25,01	24,65	25,15	27,81	25,09	25,9	25,36
2013	26,62	26,15	27,31	1,12	23,74	16,76	25,55	25,2
2015	25,35	25,3	*	24,37	24,02	22,22	26,81	24,84
2017	25,26	27,91	27,61	26,44	24,78	25,84	27,31	25,45
2018	25,53	27,12	27,64	25,19	25,83	27,88	26,31	25,93

Fonte: Elaboração própria com base em Tribunal de Contas do Municípios (TCM), 2022 (Disponível em: <https://www.tcm.ba.gov.br/consulta/legislacao/decisoes/contas-anuais/>. Acesso em: 7 maio 2022).

* Dados indisponíveis face a decisão judicial.

** Dados orçamentários acerca da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2015, do Município de Itagimirim, não constam discriminados no relatório do Tribunal de Contas dos Municípios (TCM).

Considerando o caso do Município de Itagimirim, o aumento de RCL total entre 2015 e 2017 foi da ordem de 26,86%. Já o aumento de recursos aplicados em MDE foi da ordem de 3,16% observando, no presente caso, o descumprimento da aplicação de 25% da receita resultante de impostos, proveniente de transferências constitucionais, ao passo que, em 2017, o percentual aplicado foi de 24,78%. Observou-se, também, o caso do Município de Porto Seguro, que manteve o cumprimento percentual constitucional de gastos em MDE. O aumento

RCL entre 2015-2017 do município foi aproximadamente de R\$117 milhões para R\$135 milhões, correspondente a 15,54%. No entanto, ao observamos os recursos aplicados em MDE, no mesmo período compreendido, o crescimento percentual foi de 1,86%, sendo comparativamente inferior ao aplicado entre 2013-2015 (4,93%).

Na análise das despesas com pessoal, por fulcro do art. 19, II c/c art. 20, III, alínea “b”, da Lei de Responsabilidade Fiscal, que fixa em 60% (nos gastos totais com pessoal) e 54% (na repartição de gastos globais do Poder Executivo) para fins de limitação e responsabilidade dos gestores municipais e, bem como, das demais esferas federativas; identifica-se, na maioria das municipalidades, o descumprimento da LRF – conforme apontado na Tabela 9.

Tabela 9 – Relação entre RCL total e gastos em despesas com pessoal efetivadas pelos municípios da Costa do Descobrimento

Ano	Município							
	Belmonte	Eunápolis	Guaratinga	Itabela	Itagimirim	Itapebi	Porto seguro	Santa Cruz Cabralia
Receita Corrente Líquida (RCL)								
2009	15.348.575,05	113.443.394,13	21.042.758,58	29.484.299,96	10.375.063,97	18.518.875,78	117.898.832,10	30.540.249,08
2013	38.173.606,91	164.191.602,08	32.994.684,74	48.505.573,57	16.359.087,72	26.624.549,66	225.567.816,74	48.170.598,74
2015	50.772.581,58	210.569.864,65	*	56.742.698,35	**	28.285.581,39	299.946.139,68	57.750.491,72
2017	53.616.057,72	234.865.376,89	43.462.522,54	90.739.777,24	21.788.625,27	38.426.394,13	345.375.680,77	66.300.697,28
2018	59.684.806,04	263.494.054,90	46.485.622,73	71.335.094,71	22.721.612,92	35.603.819,89	380.975.447,94	69.431.036,50
Despesa aplicada com pessoal de 60% e 54% – art. 19, II c/c art. 20, III, “b” da Lei de Responsabilidade Fiscal – 3º quadrimestre de 2018*								
2009	24.150.542,51	61.934.416,48	12.939.436,10	16.341.906,67	6.693.816,33	9.998.863,11	74.635.401,69	19.411.599,27
2013	26.857.158,28	103.359.301,41	23.592.259,02	32.099.857,29	10.901.474,04	16.532.305,66	146.346.326,60	32.934.556,73
2015	29.212.055,86	126.507.036,26	*	37.540.674,27	**	17.276.395,92	181.158.985,43	36.213.480,00
2017	34.074.794,24	130.519.823,51	32.729.692,31	46.194.094,75	13.797.492,16	23.032.368,29	228.092.543,59	40.401.665,76
2018	35.924.942,13	170.620.407,43	30.266.072,60	43.583.396,54	13.263.925,10	23.638.799,47	222.881.942,29	44.778.492,44
% aplicado na despesa com pessoal								
2009	63,55	54,59	61,49	55,43	64,52	53,99	63,3	63,56
2013	70,36	62,95	71,5	66,18	61,44	62,09	64,88	63,13
2015	57,54	60,08	*	66,16	74,06	61,08	60,4	62,71
2017	63,55	55,57	75,31	50,91	63,32	59,94	66,04	61,6
2018	60,19	64,75	65,11	61,09	58,38	66,39	58,5	64,49

Fonte: Elaboração própria com base em Tribunal de Contas do Municípios (TCM), 2022 (Disponível em: <https://www.tcm.ba.gov.br/consulta/legislacao/decisoes/contas-anuais/>. Acesso em: 8 maio 2022).

* Dados indisponíveis face a decisão judicial.

** Dados orçamentários acerca da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2015, do Município de Itagimirim, não constam discriminados no relatório do Tribunal de Contas dos Municípios (TCM).

Nos casos dos municípios de Itabela, Itapebi e Porto Seguro, verifica-se o aumento da despesa com pessoal, entre o período de 2015-2017, respectivamente de 23,05%, 33,31% e 25,90%. Já no exercício de 2017, o município de Itabela foi o único a cumprir as exigências legais de LRF (50,91%), porém vindo a descumprir no ano de 2018 (61,09%). Depreende-se dos relatórios do TCM que a maioria

dos gastos com pessoal advém de despesas aplicadas na área de publicidade e informática e, por vezes, investida com falta de critérios prefixados acerca dos fins destinados àquela prestação de serviço. Além disso, vale registro de nota, os desvios de finalidade de recursos observáveis nos investimentos de fundos e transferências constitucionais na área de Educação para fins de Manutenção e Desenvolvimento de Ensino (MDE).

À guisa de conclusão, no estudo, verificou-se que, a partir dos resultados dos critérios (i) e (ii), além do (iv), a fundamentação e a aplicação dos gastos municipais nas áreas de obrigação constitucional e legal, como a saúde, mesmo que atendidos os percentuais mínimos de recursos e investimentos orçamentários, conformariam certo caráter volátil e impróprio para fins consubstanciar parâmetros mínimos de instrumentação territorial no cumprimento da cidadania e de uma vida digna.

Nota-se que, por outro lado, no estudo dos dados do E-gestor (número de consulta por médico) e demais indicadores de saúde, apesar de expressarem um resultado positivo, no quantum/abrangência dos atendimentos efetivados na Atenção Básica, por exemplo, não asseguram acertadamente afirmar que a efetividade do direito à saúde, nos termos do art. 196 da Constituição Cidadã (1988), encontra-se cumprido e tampouco afirmar que tal direito, nos termos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, compreendido como um bem-estar físico, social e afetivo e ainda de ausência do medo decorrente das violências e incertezas de cunho social, ambiental e político, estaria geoterritorializado.

4 Conclusão

A análise da realidade do financiamento da saúde no território da Costa do Descobrimento do Estado da Bahia demonstra como se encontra distribuído o poder político-administrativo na região e o efeito reflexo dessa estrutura ante a efetividade de direitos, aí incluída a efetividade dos direitos fundamentais. A concentração de recursos financeiros em favor da União, e o alto grau de dependência dos municípios, termina por engendrar uma realidade na qual as ações básicas da área da saúde não sejam realizadas em favor dos cidadãos.

Junto a isso, o estabelecimento de percentuais mínimos de alocação e recursos para financiamento da área da saúde, que no caso atual brasileiro é da ordem de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), no plano municipal, não se mostra suficiente para a promoção das ações, tendo em vista que a base sobre a qual o percentual se aplica (RCL) é extremamente baixa. Tal ocorre exatamente em função do desequilíbrio na divisão da arrecadação no país entre entes federativos.

No caso dos municípios que compõem o território da Costa do Descobrimento do Estado da Bahia, o que se constata é que, além do alto grau de dependência financeira à União, decorrente do modelo de distribuição de receitas, o próprio montante total destas receitas é baixo, para ser tomado como parâmetro para financiamento das ações básicas de saúde. Os valores de despesa *per capita* em tal área terminam impedindo a promoção deste direito fundamental.

Conforme indicado ao longo do estudo, a questão aponta para a necessidade de relativizar o critério da RCL, de forma que diminuições acentuadas de receita não venham a provocar a inviabilidade do funcionamento do sistema de saúde. O estabelecimento de valores mínimos em termos monetários, por número de habitantes, corrigidos a cada ano, e que devem ser observados de forma conjunta com o critério em vigor, mostra-se uma alternativa viável para reverter a lógica institucionalizada de submissão da atenção à saúde aos níveis de receita do Estado. A ideia seria a de que entre um e outro valor – percentual de RCL ou valor mínimo em termos monetários –, há de ser aplicado sempre o maior deles. De forma alternativa, pode-se também considerar que o valor mínimo *per capita* nunca seja inferior àquele realizado no ano anterior.

Trata-se, neste sentido, de ampliar e aperfeiçoar critérios já previstos na legislação da área. A Lei nº 8.080/90, art. 35, determina que os valores a serem transferidos às ASPS devem ser estabelecidos em conformidade com o “perfil demográfico da região” e o “perfil epidemiológico da população a ser coberta”.

Com efeito, é em cenários de crise que se deve ter maior clareza com relação às prioridades do Estado brasileiro, e neste sentido as políticas sociais alinhadas com a efetividade da dignidade humana, a atenção à saúde aí incluída, devem ocupar lugar de destaque. Ao contrário do modelo de prioridades hoje existente, o sistema de financiamento público deve ser repensado, de forma a priorizar este tipo de despesa, e redimensionar a prioridade dada aos gastos de natureza financeira.

O estabelecimento de um critério de gastos mínimos em termos monetários, tende a também corrigir o problema atualmente existente nos entes políticos, que tratam de aplicar somente o mínimo legal, não o ultrapassando. Na perspectiva do gestor público, a aplicação do mínimo legal é suficiente para não o submeter a regime de responsabilidade, não o estimulando à realização de despesas em ASPS em valores superiores àqueles fixados na legislação.

Referências

AFFONSO, Rui. Os municípios e os desafios da Federação no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 10, n. 3, 1996.

ANDRADE, Luís Aureliano Gama de; SANTOS, Manoel Leonardo. *O município na política brasileira: revisitando Coronelismo, enxada e voto*. Acesso em: 4 jun. 2018. Disponível em: http://www.academia.edu/14289542/O_munic%C3%ADpio_na_pol%C3%ADtica_brasileira_revisitando_Coronelismo_Enxada_e_Voto.

ANDRADE, Viviane Milan Pupin; CARDOSO, Cármen Lúcia. Visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde: concepções de profissionais e usuários. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 87-98, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v22n1/2175-3563-psuf-22-01-00087.pdf>. Acesso em: maio 2019.

BAHIA. Secretaria de Planejamento (Seplan). *Territórios de Identidade*. Disponível em: <http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>. Acesso em: 14 fev. 2019.

BAHIA. Superintendência de Estudos e Políticas Públicas. Diretoria de Estudos e Planos Coordenação de Planos de Desenvolvimento. *Desenvolvimento Territorial*. Território de Identidade – Costa do Descobrimento – Estudo de Potencialidades Econômicas. Fev. 2016.

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais (SEI). *Cartografia Temática – Regionalizações – Territórios de Identidade – Apresentação*. Disponível em: http://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2650&Itemid=657. Acesso em: jun. 2018.

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais (SEI). *Índices de performance econômico e social dos municípios baianos (2002-2010)*. Salvador: SEI, 2014. v. 1.

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais (SEI). *Perfil financeiro dos municípios baianos*. (1993/1995-). Salvador: SEI; TCM, 2015. v. 1.

BENÍCIO, Alex Pereira; RODOPOULOS, Fabiana M. A.; BARDELLA, Felipe Palmeira. Um retrato do gasto público no Brasil: por que se buscar a eficiência. In: BOUERI, Rogério; ROCHA, Fabiana; RODOPOULOS, Fabiana (Org.). *Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil (1988)*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 21 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: maio 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento. Secretaria de Desenvolvimento Territorial. *Perfil Territorial*. Costa do Descobrimento – BA. Brasília: CGMA, maio 2015. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=2ahUKewjSyOumtafkAhVKOhoKHS_CAMsQjRx6BAGBEAQ&url=http%3A%2F%2Fsit.mda.gov.br%2Fdownload%2Fcaderno%2Fcaderno_territorial_179_Costa%2520do%2520Descobrimento%2520-%2520BA.pdf&psig=AOvVaw1zqBninhFM8jfvhDQKKgc1&st=1567145241231313. Acesso em: 29 ago. 2016.

BUSS, Paulo Marchiori; MAGALHÃES, Danielly de Paiva; SETTI, Andréia Faraoni Freitas; GALLO, Edmundo; FRANCO NETTO, Francisco de Abreu; Jorge MACHADO, Mesquita Huet; BUSS, Daniel Forsin. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2555-2570, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02555.pdf>.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. *Estudo Técnico nº 12/2016*. Impactos do “novo regime fiscal” – subsídios à análise da proposta de emenda à constituição – PEC nº 241/2016. Ago. 2016.

CONASEMS. 34º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Revista CONSEMS*, n. 70, out./dez. 2017. Disponível em: http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/12/revista_conasems_edicao70_Tela.pdf. Acesso em: 25 fev. 2020.

CONASEMS; CNM. *Mudanças no Financiamento da Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Municípios/ CNM, Confederação Nacional dos Municípios, 2018. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/download/3540>. Acesso em: 25 fev. 2020.

CUNHA JUNIOR, Dirley da; NOVELINO, Marcelo. *Constituição Federal para concursos: doutrina, jurisprudência e questões de concurso*. 6. ed. rev., ampl. e atual. JusPodivm, 2016.

DAIN, Sullamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência; Saúde Coletiva*, 12, (Sup), p. 1851-1864, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000700008&script=sci_abstract&lng=pt.

DUARTE, Janete; GADELHA, Sérgio Ricardo de Brito; OLIVEIRA, Plínio Portela de; ORTIZ, Felipe Augusto Trevisan; PEREIRA, Luis Felipe Vital Nunes. *Os determinantes da eficiência dos estados no gasto público em saúde*. TD nº 009.2012. Brasília: Tesouro Nacional, 2012.

ERIXON, F.; VAN DER MAREL, E. What is driving the rise in health care expenditures? An inquiry into the nature and causes of the cost disease. *ECIPE Working Paper*, n. 5, 2011.

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 83-120.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, abr. 2017.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira; PRADO, Nilia Maria de Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe; PAIM, Jairnilson Silva. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 37-47, out. 2018. Número Especial. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000600037&lng=en&nrm=iso&lng=pt.

FLORES, Cintya Dantas. *Territórios de identidade da Bahia: saúde, educação, cultura e meio ambiente frente à dinâmica territorial*. Salvador: [s.n.], 2015.

FUNCIA, Francisco. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. *Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONSENSUS*, ano V, n. 15 abr./jun. 2015. Disponível em: www.conass.org.br/consensus.

HAMILTON, Alexander; JAY, John; MADISON, James. *O federalista*. Rio de Janeiro: Typ. Imp. B. Const. de J. Villeneuve e Comp., 1840. t. 1.

HAMILTON, Alexander; JAY, John; MADISON, James. *The federalist: a commentary on the Constitution of the United States*. Philadelphia: J. B. Lippincott Co. 1840.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catálogo?view=detalhes&id=283097>. Acesso em: maio 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. *Infográfico acerca do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/pesquisa/37/30255?ano=2010&tipo=cartograma>. Acesso em: abr. 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. *Pesquisa Evolução da Mortalidade do Brasil (Tábua da Vida)*. 2000. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade.shtm#sub_indicadores. Acesso em: abr. 2019.

INDEX MUNDI. *Comparação entre países*. Gasto com saúde até 01.01.2018. Disponível em: <https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=2225&l=pt>; Acesso em: 21 ago. 2019.

LIMA-COSTA, M. F. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). *Rev. Saúde Pública*, 52 Supl 2:2s., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s2/pt_0034-8910-rsp-52-s2-S1518-8787201805200supl2ap.pdf.

MACHADO, Hugo de Brito. *Curso de direito tributário*. 28. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

MACHADO, José Ângelo. Pacto de Gestão na saúde: até onde esperar uma 'regionalização solidária e cooperativa?'. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 24, n. 71, out. 2009.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros de. Democracia local e federalismo. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, v. VII, n. 16, fev. 2004. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3291.

MARMELSTEIN, George. *Curso de direitos fundamentais*. 6. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2016.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Econ. soc.*, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012. ISSN 0104-0618. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-06182012000200005>.

MELO, Maria Fernanda Godoy Cardoso de. *Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro*. Campinas: [s.n.], 1972.

MENDES, A.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde Soc.*, v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104813>. Acesso em: 2 jun. 2018.

OLIVEIRA, Fabricio Augusto de; CHIEZA, Rosa Ângela. Auge e declínio da federação brasileira: 1988-2017. In: FAGNANI, Eduardo (Org.). *A Reforma Tributária necessária: diagnóstico e premissas*. Brasília: ANFIP; FENAFISCO. São Paulo: Plataforma Política Social, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 93p. Coleção Temas em Saúde. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>. Acesso em: maio 2019.

PIOLA, Sérgio F.; PAIVA, Andrea Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; SERVO, Luciana Mendes Santos. *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Rio de Janeiro: Ipea, 1990. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf. Acesso em: jul. 2019.

PNUD; IPEA; FJP. *Atlas do desenvolvimento humano municipal brasileiro (com dados dos censos 1991, 2000 e 2010)*. Brasília: PNUD Brasil, 2013. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/publicacao_atlas_municipal_pt.pdf.

PORTELLA, A. A.; CORTES, A. Q. Análise crítica do acesso à informação pública nos municípios baianos com mais de 100 mil habitantes. *Revista de Direito da Cidade*, v. 7, p. 1092-1111, 2015.

PORTELLA, André Alves; JESUS, Jessica Ferreira. Federalismo fiscal e descentralização administrativa: a deficiência de autonomia dos municípios do Baixo Sul da Bahia na promoção de ações de saúde. *Revista de Direito da Cidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2018. ISSN 2317-7721.

PORTELLA, André Alves; TEIXEIRA, Rafaela Pires. Federalismo fiscal e efetividade da dignidade da pessoa humana: análise da posição do município na estrutura do financiamento público brasileiro e a escassez de recursos para as ações de saúde. *Revista de Direito da Cidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2016. ISSN 2317-7721.

- RAMOS FILHO, Carlos Alberto de Moraes. *Curso de direito financeiro*. São Paulo: Saraiva, 2012.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Edição de Rodrigo Murтинho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Edições Livres, 2019.
- SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde. *Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz*, jan. 2019. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em: 25 fev. 2020.
- SANTOS, Milton. *O espaço do cidadão*. 7. ed. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2007.
- SANTOS, Milton. *Por uma geografia nova*. São Paulo: Edusp, 2012.
- SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL. *Aspectos fiscais da saúde no Brasil*. Brasília: STN, 2018. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2018/11/AspectosFiscaisSau%CC%81de2018.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2020.
- SEGATTO, Catarina Ianni; ABRUCIO, Fernando Luiz. A cooperação em uma federação heterogênea: o regime de colaboração na educação em seis estados brasileiros. *Revista Brasileira de Educação*, v. 21, n. 65, abr./jun. 2016.
- SILVA NETO, Manoel Jorge e. *Curso de direito constitucional*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- SILVA, Jose Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.
- SOARES, M. M. S. *Repasses financeiros e voluntários da União aos municípios brasileiros: condicionantes políticos, sociais e técnicos*. [s.l.]: [s.n.], 2012.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

PORTELLA, André; SANTOS, Hebert Souza. Federalismo fiscal; saúde pública: análise aplicada ao financiamento público e a escassez de recursos para ações de saúde dos municípios na Costa do Descobrimento. *Direitos Fundamentais & Justiça*, Belo Horizonte, ano 18, n. 50, p. 127-165, jan./jun. 2024.

Submissão: 9.2.2022

Pareceres: 6.3.2022, 28.2.2022, 18.9.2023, 30.11.2023

Aceite: 17.6.2024